

# Prévention des Troubles du Comportement Alimentaire des Sportifs



**A destination des professionnels et/ou  
des bénévoles du sport et de la santé**



## DIRECTRICE DE PUBLICATION

---



### **Johana Monthuy-Blanc**

Docteur en Sciences du Mouvement Humain, UMR 6233 « Institut des Sciences du Mouvement, Etienne-Jules Marey », CNRS-Université de la Méditerranée, Faculté des Sciences du Sport, Marseille.

[monthuyb@numericable.fr](mailto:monthuyb@numericable.fr)

## ASSISTANTE ET COORDINATRICE

---



### **Maud Bonanséa**

Diplômée du Master « Prévention et Education pour la Santé par l'Activité Physique », Faculté des Sciences du Sport, Université de la Méditerranée, Marseille.

[maudbonansea@gmail.com](mailto:maudbonansea@gmail.com)

## COMITE DE REDACTION

---



### **Christophe Maïano**

Maître de Conférences des Universités, UMR 6233 « Institut des Sciences du Mouvement, Etienne-Jules Marey », CNRS-Université de la Méditerranée, Faculté des Sciences du Sport, Marseille.

[christophe.maiano@univmed.fr](mailto:christophe.maiano@univmed.fr)



### **Pierre Therme**

Professeur des Universités, UMR 6233 « Institut des Sciences du Mouvement, Etienne-Jules Marey », CNRS-Université de la Méditerranée, Faculté des Sciences du Sport, Marseille.

[pierre.therme@univmed.fr](mailto:pierre.therme@univmed.fr)



### **Jacques Pruvost**

Médecin Conseiller du Directeur Régional et Départemental Jeunesse, Sport et Cohésion Sociale, Provence-Alpes Côte d'Azur.

[jacques.pruvost@drjscs.gouv.fr](mailto:jacques.pruvost@drjscs.gouv.fr)



### **Marie-Christine Lanfranchi**

Conseillère Technique Régional Jeunesse, Sport et Cohésion Sociale, Provence-Alpes Côte d'Azur.

[mclanfranchi@drjscs.gouv.fr](mailto:mclanfranchi@drjscs.gouv.fr)



### **Jean-Michel Serra**

Médecin des Equipes de France de la Fédération Française Athlétisme.

[jean-michel.serra@athle.org](mailto:jean-michel.serra@athle.org)



## PREFACE



### Laurent Tricoire

Entraîneur de gymnastique :

- masculine de 1985 à 1991 au Club de Thouars
- féminine de 1991 2009 au Pôle France de Marseille
- masculine depuis janvier 2010 au Centre national Suisse

Quelle délicate mission que de préfacer ce guide !

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) font partie de ces sujets épineux qui dérangent beaucoup d'entre nous. Comme il est si bien mentionné dans ce guide, il existe de nombreux TCA et nous n'en acceptons que les troubles les plus connus tels que l'anorexie mentale ou la boulimie pour la plupart d'entre nous.

Depuis 20 ans que j'entraîne sur un pôle, l'évolution de l'identification des TCA, très explicite dans cet ouvrage, a été parfaitement visible. Les principaux TCA cliniques sont devenus des troubles que nous avons appris à mieux appréhender. Mais ce guide nous apporte en plus les notions principales et les outils des TCA spécifiques aux sportifs. Et sur ces derniers, nous sommes en grande partie désarmés.

J'entraîne dans un sport dit « de minceur » où ces troubles sont nombreux et malheureusement très souvent niés. Dans de nombreux sports, les entraîneurs ont bien conscience de l'importance des TCA mais le souci de la performance l'emporte le plus souvent. De plus, les notions de poids et de silhouette en gymnastique, par exemple, sont des valeurs ancestrales que même les performances réalisées par de nombreux sportifs aux morphotypes différents n'ont pas réussi à faire changer. D'ailleurs sans aucun procès d'intention, quel entraîneur n'a pas un jour sans aucune arrière-pensée, parlé à un de ses sportifs de l'importance du rapport entre la surcharge pondérale et la performance ?

Au même titre que l'entraîneur est un guide pour ses sportifs, il me semble important que ce dernier utilise lui aussi des guides tels que celui-ci. En effet, cet ouvrage nous apporte un certain nombre de clés nous permettant de mieux prévenir nos sportifs de ces troubles. De plus, il permet également de prendre conscience que l'entraîneur a besoin de s'entourer des personnes pouvant lui apprendre à mieux utiliser ces nombreuses clés. Tant dans la démarche que dans le résultat, ce guide met finalement en avant que tout n'est que perpétuelle évolution et qu'il n'y a pas vérité figée.

A la lecture de ce guide, j'ai pu me rendre compte du nombre d'erreurs que j'ai pu commettre ces dernières années. Et je dois avouer qu'à la lumière de ces informations, je comprends beaucoup mieux a posteriori les difficultés que j'ai pu rencontrer dans la gestion de mes sportifs en pleine adolescence. Cela dit, je suis actuellement avec des adultes masculins et je peux me rendre compte que la problématique est relativement identique : toute la difficulté réside dans le fait de « savoir présenter » la relation poids-performance au sportif pour qu'il puisse suivre une alimentation adaptée.

Je compte bien utiliser ces nouvelles données désormais plus précises pour améliorer le processus d'entraînement amenant mes sportifs à la performance. De nombreuses portes aujourd'hui sont ouvertes pour ceux qui veulent continuer à avancer dans ce vaste domaine qu'est l'entraînement sportif. J'espère que ce guide apportera aux lecteurs autant de pistes qu'à moi-même. Merci en tout cas, de m'avoir permis de participer à ce travail.

Laurent Tricoire

## PREFACE



**Laurence Vivier**

Professeur d'EPS depuis 1990

Cadre Technique Sportif auprès de la ligue de Provence d'Athlétisme

Athlète spécialiste Demi-Fond en athlétisme jusqu'en 2001

Vice championne de France de cross en 1997

Toute l'équipe qui a travaillé sur ce document est à féliciter.

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) restent un sujet complexe, mal connu et souvent tabou. De nos jours et pour diverses raisons, les TCA deviennent relativement fréquents, visibles dans le cas de l'anorexie mentale mais invisibles dans le cas de beaucoup d'autres troubles. Les jeunes souvent en recherche de soi semblent les plus concernés; tant le rapport à l'alimentation est en lien avec la vie affective.

Le monde sportif n'échappe pas aux TCA et semble même les exacerber tant l'équilibre individuel est fragile. La recherche de l'excellence dans certaines activités, ainsi que des moments de doute ou de mal-être peuvent pousser certains sportifs développer une relation ambiguë avec leur corps.

En étant mieux informé(e) sur les signes précurseurs, les facteurs favorisant cet état et les dangers pour le sportif d'entrer dans cette spirale infernale, l'entraîneur-éducateur peut constituer une aide précieuse en détectant, décelant, informant l'entourage proche du sportif. L'intérêt réel de ce guide se situe à ce niveau (a) en permettant de mieux comprendre le sujet, (b) en donnant plusieurs pistes concrètes pour changer les modalités d'intervention de l'entraîneur-éducateur et (c) en informant sur les réseaux d'aide.

Entraîneurs-éducateurs, le sujet est réellement grave!!

Les sportifs souffrant de ces troubles se mettent en danger et dans certains cas fragilisent leur santé physique et mentale de façon durable et souvent définitive. La pratique d'un sport peut permettre une détection précoce qui donne plus de chances de se soigner de façon efficace.

Ne sous-estimez jamais l'importance de certains mots, soyez à l'écoute de vos sportifs, sachez repérer certains signes évocateurs et n'encouragez jamais la performance au détriment de la santé du sportif.

Toutes les personnes qui gravitent autour du sportif ont le devoir de réagir et quand bien même, vous n'êtes pas seuls concernés, vous pouvez en lien avec la famille, le milieu médical, être un atout précieux dans le retour à une vie personnelle, sociale et sportive plus épanouie.

En espérant que le sujet de ce guide puisse s'enrichir d'expériences mutuelles, de tables rondes ... pour que des solutions apparaissent plus clairement encore.

**Laurence Vivier**

# TABLE DES MATIERES

<b>Préface</b>	<b>5</b>
<b>Table des matières</b>	<b>7</b>
<b>Présentation du guide</b>	<b>9</b>
<b>Connaissances générales</b>	<b>11</b>
Définition et diagnostic des TCA cliniques	11
Définition et diagnostic des TCA propres aux sportifs	12
Mesures	15
Prévalence et facteurs explicatifs	16
Classification	18
<b>Recommandations générales</b>	<b>21</b>
<b>Sports dits de minceur</b>	<b>23</b>
Prévalence	23
Signes d'alarme	23
Recommandations générales	25
Recommandations spécifiques au haut niveau	27
Un cas concret	28
<b>Sports dits de prise de poids</b>	<b>31</b>
Prévalence	31
Signes d'alarme	31
Recommandations	32
Un cas concret	34
<b>Perspectives</b>	<b>37</b>
Politique de prévention des TCA	37
Interventions préventives des TCA chez les sportifs?	39
Activités physiques pour la santé : quelle(s) formation(s)?	40
<b>Renseignements</b>	<b>41</b>
Institutions	41
Associations	42
<b>Bibliographie</b>	<b>43</b>
<b>Glossaire</b>	<b>45</b>





## PRESENTATION DU GUIDE

Ce guide de recommandations vise à synthétiser et à restituer les recherches actuelles sur les TCA des sportifs, avec comme objectif central, d'établir des liens entre les résultats des travaux empiriques et les applications pratiques afin de proposer des recommandations à mettre en œuvre. Ce guide est tout particulièrement destiné aux professionnels et/ou bénévoles du sport et de la santé et plus précisément aux entraîneurs, aux conseillers techniques, aux éducateurs, aux médecins du sport, aux psychologues/psychiatres, aux intervenants en Prévention et en Education pour la Santé par l'Activité Physique (PESAP) et aux diététiciens/nutritionnistes qui pourraient suspecter des TCA chez leurs sportifs et souhaiteraient obtenir des informations supplémentaires.

Ce guide est constitué de quatre parties principales intitulées : les connaissances générales (**Partie 1**), les sports dits de minceur (**Partie 2**), les sports dits de prise de poids (**Partie 3**) et les perspectives (**Partie 4**). Un code couleur facilite le repérage de chaque partie. La première partie (**code 1**) vise à : (a) différencier les TCA cliniques\* en général de ceux qui sont plus spécifiques aux sportifs, (b) rendre compte de leur complexité et de leur prévalence\* chez les sportifs, (c) présenter la classification des sports à risque de TCA adoptée dans ce guide. Cette partie est un préalable pour comprendre et mettre en application les recommandations relatives aux parties suivantes. La deuxième partie (**code 2**) et la troisième partie (**code 3**) sont des recommandations concrètes et spécifiques aux sports dits de minceur et aux sports dits de prise de poids, respectivement. Ces deux parties sont présentées de la même façon : la prévalence\* des TCA, les signes d'alarme, les recommandations à destination de différents types de professionnels et/ou de bénévoles du sport et de la santé, ainsi qu'un cas concret de sportif. A partir du sport à risque de TCA choisi et répertorié dans la classification des sports, il est possible de lire la partie adéquate et de s'y référencer facilement. Enfin, la dernière partie (**code 4**) constitue les perspectives relatives à la prévention des TCA (primaire, secondaire et tertiaire) tant sur le plan interventionnel qu'institutionnel.

A la fin du guide de recommandations, la partie « Renseignements » indique les établissements de soins traitant les TCA et les associations relatives aux TCA au niveau national et régional. La partie « Bibliographie » recense les écrits scientifiques et cliniques à partir desquels le contenu du guide a été élaboré permettant ainsi d'approfondir les connaissances relatives aux TCA des sportifs. Enfin, la partie « Glossaire » regroupe toutes les définitions des termes du guide accompagnés d'un astérisque et qui font généralement partie du vocabulaire spécifique des TCA. Par ailleurs, l'emploi du genre masculin a été utilisé, tout au long de ce document, pour qualifier les sportifs et les sportives sans aucune discrimination et uniquement dans un but d'alléger le texte.

Pour conclure, il est important de garder en tête que les recommandations du présent document ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations relatives à ces recommandations tenant compte de la situation des sportifs, peuvent se révéler pertinentes.

Bonne lecture !



## CONNAISSANCES GÉNÉRALES

Les TCA renvoient à un ensemble de psychopathologies touchant particulièrement les adolescentes. Ils se définissent comme une perturbation grave et persistante des comportements alimentaires associée à un comportement de contrôle du poids, qui dégrade significativement la santé physique et le fonctionnement psychosocial d'une personne [1]. Les TCA regroupent à la fois l'anorexie mentale, la boulimie, les troubles alimentaires non spécifiés mais aussi d'autres psychopathologies propres aux sportifs telles que l'anorexie sportive et l'anorexie inversée. Si les TCA cliniques\* sont diagnostiqués selon un ouvrage de référence international - le manuel Diagnostic Statistique des Troubles Mentaux\* (DSM-IV-R) [2] - les TCA relatifs aux sportifs, quant à eux, ne font l'objet d'aucune classification officielle et ont été admis comme tels au cours du temps.

### 1- Définition et diagnostic des TCA cliniques

#### a) Anorexie mentale

Cette psychopathologie est caractérisée par une perturbation grave de l'image du corps, associée au désir permanent de maigrir et de contrôler son poids, aboutissant généralement à une malnutrition. Quatre critères permettent de diagnostiquer une anorexie mentale [3] :

- une perte de poids supérieure ou égale à 15% du poids normal ;
- des troubles de l'image du corps influençant à l'excès l'estime de soi ;
- une peur intense de grossir ;
- la présence d'aménorrhée\* chez les filles ou une perte de puissance érectile chez les garçons.

#### b) Boulimie

Cette seconde psychopathologie se définit par la présence d'épisodes d'ingestion impulsive et répétitive de quantité de nourriture, également nommés crises de boulimie, suivis de comportements compensatoires inappropriés\* tels que les vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, de diurétiques et de coupe-faims, l'exercice physique excessif, le jeûne, etc. [3]. Les cinq critères diagnostiques sont :

- des crises de suralimentation\* récurrentes accompagnées d'un sentiment de perte de contrôle ;
- un comportement d'évitement dans la prise de poids ;
- une crise boulimique et/ou des comportements compensatoires inappropriés au moins deux fois par semaine pendant trois mois ;

- une auto évaluation corporelle influencée à l'excès, agissant sur l'estime de soi ;
- des troubles en dehors de l'anorexie mentale.

### **C Troubles du comportement alimentaire non spécifiés**

Ces troubles cliniques\* non spécifiés forment une catégorie dite « résiduelle » qui regroupe tous les autres TCA ne remplissant pas la totalité des critères de l'anorexie mentale et de la boulimie [3]. Les critères diagnostiques sont [3] :

- une anorexie mentale sans aménorrhée\* ;
- une anorexie mentale chez un individu à poids normal ;
- une boulimie avec une fréquence de cycle - crise boulimique / comportements compensatoires - inférieure à deux fois par semaine durant trois mois ;
- des comportements compensatoires réguliers après une faible ingestion d'aliments chez un individu à poids normal ;
- une mastication et salivation sans déglutition ;
- une hyperphagie boulimique\*.

La majorité des chercheurs ayant étudié les TCA chez les sportifs a très vite déploré le caractère très restrictif du diagnostic des TCA pouvant remettre en cause la classification médicale précédemment décrite [3]. Trois questions se sont alors posées :

- 1) Cette nomenclature médicale qui a été établie auprès de la population générale et qui en définit sa dimension clinique convient-elle à des sportifs ?
- 2) Si ce n'est pas le cas, les TCA des sportifs ne doivent-ils pas être définis selon un continuum de sévérité allant du régime amincissant/grignotages à l'anorexie mentale/obésité ?
- 3) D'autres TCA moins sévères - dits subcliniques\* - ou appartenant aux troubles alimentaires non spécifiés ne devaient-ils pas retenir notre attention comme prédisposant aux TCA cliniques ?

Ces questions déterminantes pour la compréhension des TCA chez les sportifs ont permis de mettre en lumière une nouvelle façon de concevoir les TCA dans le monde du sport et de contribuer à l'émergence de nouveaux TCA propres aux sportifs à partir des années 1990.

## **2- Définition et diagnostic des TCA propres aux sportifs**

De nombreux chercheurs et professionnels de la santé [4][5] pensent qu'il est plus pertinent de répertorier les TCA et plus précisément les TCA des sportifs le long d'un continuum allant de l'anorexie mentale à l'obésité morbide en passant par la boulimie ou des comportements alimentaires pathologiques tels que les régimes chroniques ou les crises d'hyperphagie. (Voir **Figure 1**).

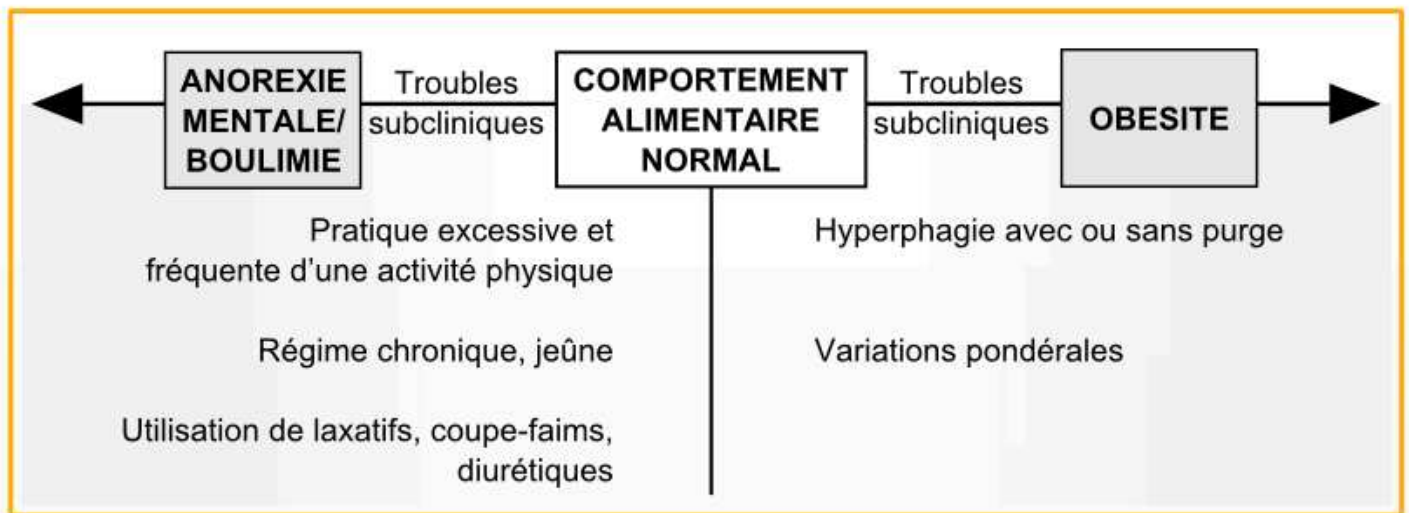


Figure 1. Continuum des TCA [5]

Qu'il s'agisse de jeûne, de suralimentation ou bien de comportements alimentaires intermédiaires à ces deux extrêmes, les TCA des sportifs sont associés à des caractéristiques psychologiques qui varient selon leur sévérité. Ainsi, comme le montre la **Figure 2**, une alimentation « anormale » peut conduire à des troubles de l'alimentation puis à des comportements alimentaires pathologiques précédant généralement des TCA.

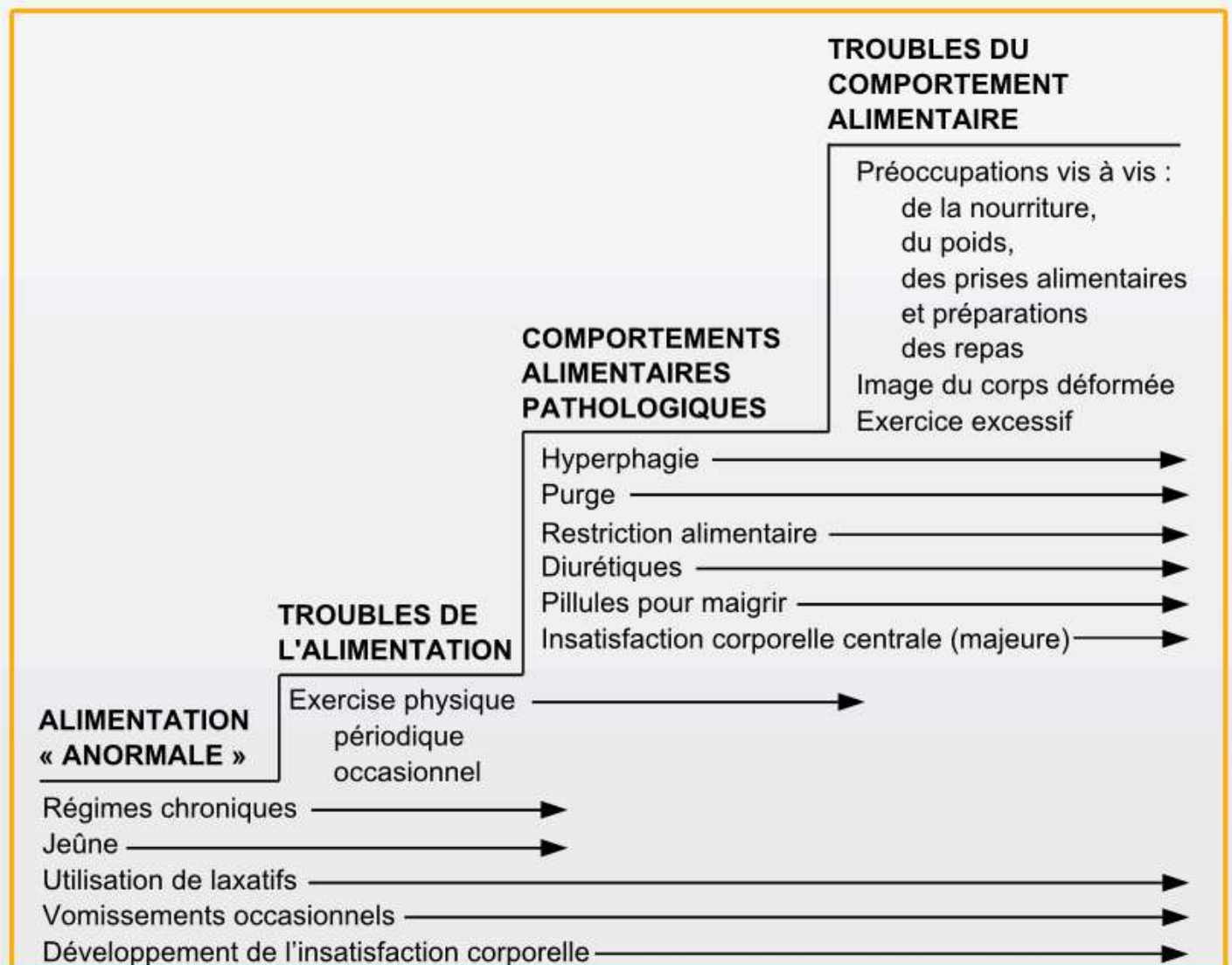


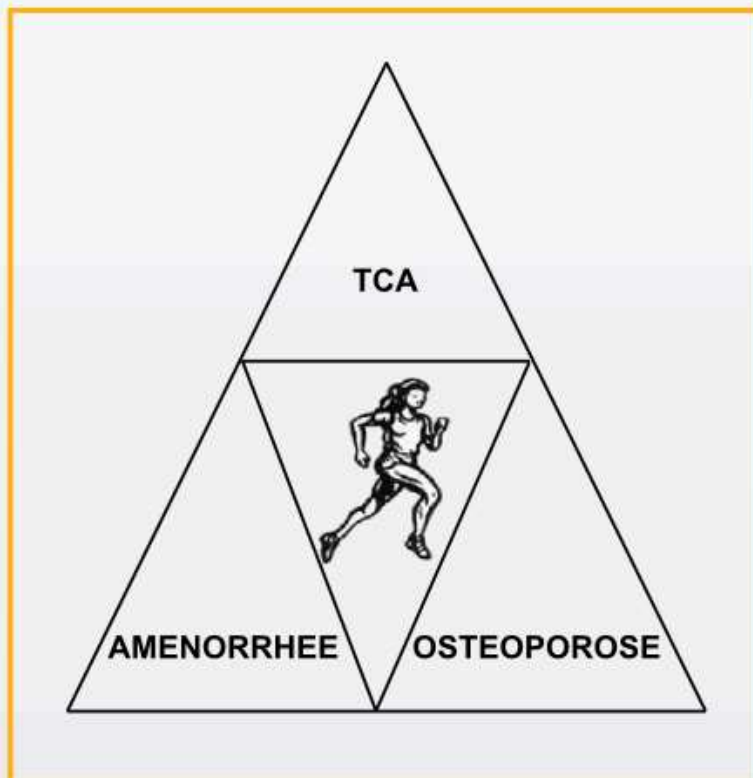
Figure 2. Fonctionnement évolutif des TCA [5]

Au-delà de ce continuum, il existe deux principaux TCA subcliniques propres aux sportifs qui ont fait l'objet de nombreuses publications scientifiques et professionnelles : l'anorexie sportive et l'anorexie inversée.

### a Anorexie sportive

L'anorexie sportive a été au départ identifiée en 1995 [6] auprès d'athlètes femmes pratiquant la course à pied sous le nom d'anorexie athlétique ou *anorexia athletica*. Ce concept se définit aujourd'hui comme un TCA subclinique lié à une activité sportive excessive. L'anorexie sportive présente de nombreuses caractéristiques semblables à l'anorexie mentale telles que la diminution du poids et les méthodes de contrôle pondéral (e.g. jeûne, vomissements provoqués, exercice physique excessif, etc.) indépendamment des performances physiques de haut niveau [7]. Toutefois, elle n'est pas associée à une distorsion de l'image corporelle mais plutôt à une recherche de corpulence compatible avec des performances sportives sans cesse repoussées. L'anorexie sportive est diagnostiquée en présence de trois troubles médicaux :

- une anorexie ;
- une aménorrhée ;
- une ostéoporose\*.



**Figure 3. Représentation de la Triade des TCA chez les sportives [8]**

Ce trouble fait partie de ce que les auteurs nomment communément la « Triade » des sportives ou *Female athlete triad* (voir **Figure 3**). Pour le sportif, la restriction alimentaire relative à l'anorexie sportive a comme finalité la volonté d'augmenter la performance. L'éventuelle 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 sportive cesseraient à la fin de la carrière de la sportive et ne seraient que transitoires [7].

## **b** Anorexie inversée

Peu de temps après l'identification de l'anorexie sportive, des chercheurs ont identifié chez les culturistes issus d'une pratique sportive dite de puissance, la présence d'une anorexie inversée ou *reverse anorexia* également connue sous le nom de dysmorphie musculaire ou *muscle dysmorphia* [9]. Ce trouble concernant habituellement les hommes, se caractérise par une prise pondérale, quels que soient les risques encourus. En d'autres termes, ces sportifs se perçoivent comme étant trop minces et trop chétifs et sont, par conséquent dans une quête perpétuelle de l'augmentation de la masse musculaire. L'anorexie inversée est ainsi associée à une préoccupation obsessionnelle de l'apparence physique, des comportements compulsifs\* relatifs à l'exercice physique et dans certains cas à l'utilisation de stéroïdes anabolisants\*. Par ailleurs, des études précisent que certains sportifs présentent des périodes d'anorexie\*, au sens strict du terme, avant l'émergence de l'anorexie inversée [7].

## 3- Mesures

Comme évoqué précédemment, les TCA sont clairement diagnostiqués selon la classification médicale précitée auprès de populations cliniques ; c'est à dire hospitalisées. Cette classification n'est pas adaptée aux TCA des populations sportives qui révèlent le plus souvent des troubles moins sévères et plus spécifiques de leur pratique. Cependant, contre toute attente, les études de recherche et les examens médicaux préalables à la pratique sportive utilisent des instruments de mesures et/ou dépistages des TCA non validés ou qui ont été exclusivement validés auprès de populations cliniques. En effet, seules 24% des études employant des instruments cliniques fiables, décèlent une aménorrhée et 6% mesurent des TCA. Parmi ces études, seulement 4% d'entre elles mènent des entretiens structurés et standardisés [10].

Parmi les instruments validés, trois auto-questionnaires en français communément utilisés permettent de dépister les TCA ou d'évaluer leur intensité : Inventaire des Troubles du Comportement Alimentaire (ITCA) [11], Echelle d'Attitudes Alimentaires (EAA) [12], Questionnaire Diagnostique des TCA (QDTCA) [13]. L'ITCA et l'EAA indiquent si un sportif est à risque de présenter des TCA à partir d'un seuil alors que le QDTCA précise leur présence (vs absence) ainsi que la catégorie de TCA cliniques ou subcliniques.

Si quelques instruments mesurant les TCA des sportifs existent, ils sont le plus souvent en anglais et/ou ne sont pas réellement adaptés au dépistage. A notre connaissance, seule l'Echelle d'Auto-Régulation des Attitudes Alimentaires en Sport [19] tente d'évaluer les TCA des sportifs en français, mais uniquement au travers de certaines caractéristiques psychologiques (i.e. affects négatifs) et comportementales (i.e. interactions sociales, tentations alimentaires, etc.). En définitive, il apparaît nécessaire, dans le futur de développer des instruments mesurant les TCA auprès de populations sportives françaises fiables pour d'une part dépister les TCA des sportifs et d'autre part élaborer des programmes de prévention de ces troubles.

### Autres instruments mesurant les TCA (anglais/français)

- Etude des TCA chez les sportifs [14],
- Questionnaire du milieu sportif [15],
- Questionnaire de dépistage des sportives [16],
- Questionnaire de l'historique des menstruations [25],
- Questionnaire des habitudes alimentaires [17],
- Questionnaire d'évaluation des modèles de pertes de poids rapides [18].

## 4- Prévalence et facteurs explicatifs

Concernant les TCA cliniques diagnostiqués à partir du DSM-IV-R, les taux de prévalence de l'anorexie mentale et de la boulimie se situent seulement entre 0,1% et 0,9% et entre 1% et 3% des femmes de la population générale, respectivement [20]. La prévalence des troubles alimentaires non spécifiés concerne quant à elle 3% à 5% de ces mêmes femmes [3]. En d'autres termes, les TCA sont des troubles plutôt féminins (i.e. 90% des TCA apparaissent chez les femmes).

### a) TCA des sportifs en général ...

Les taux précités sont relativement similaires chez les populations sportives : 2% à 3% des sportives présentent une anorexie mentale/boulimie clinique via les auto-questionnaires. En revanche, les taux de prévalence des TCA subcliniques sont significativement plus élevés : de 15% à 65% en fonction des études chez les filles et de 5% à 33% chez les garçons ayant une pratique sportive régulière [21][22]. Au regard de cette forte disparité, certains auteurs supposent une sous-estimation des TCA déclarés par crainte d'exclusion de l'équipe sportive ; au-delà de l'hétérogénéité méthodologique des travaux empiriques [23].

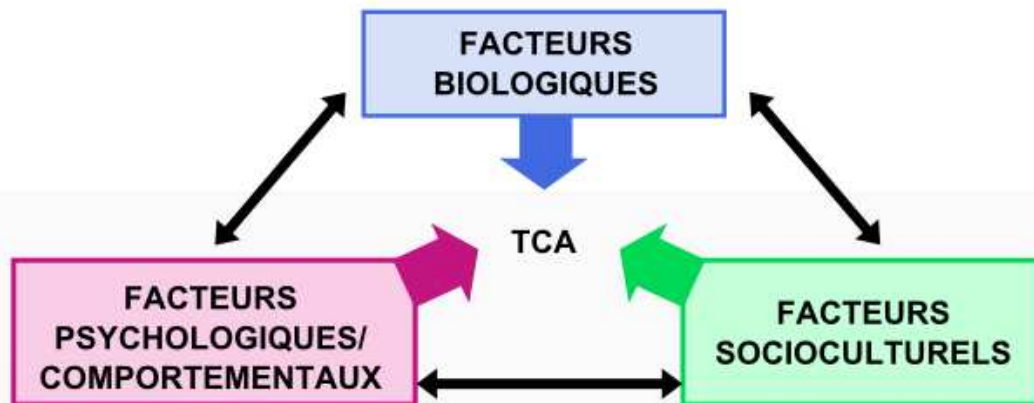
### b) ... Plus précisément

Si l'aménorrhée en tant que symptôme des TCA est contestable, il est important de relever que l'absence des menstruations\* concerne 2% à 5% des femmes en général contre 3,4% à 66% des sportives [10][24]. Les études qui prennent aussi en compte les facteurs socioculturels montrent que les caucasiens sont plus à risque que les afro-américains. En effet, 0% à 18% des sportifs et des sportives noirs ont recours à des comportements compensatoires inappropriés pour contrôler leur poids (e.g. vomissements provoqués et/ou utilisation de laxatifs), contre 18,3% à 33% des sportifs et des sportives caucasiens [24][25]. Moins de 23% des sportives noires ont déjà fait un régime contre 69% des caucasiennes [25]. Il est important de souligner que ces estimations générales varient principalement en fonction du niveau de pratique et de la catégorie du sport considérée (cf. parties 2 et 3).

### c) Facteurs explicatifs

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les TCA chez les sportifs. En effet, comme le montre la **Figure 4**, leur étiologie\* fait état de trois types de facteurs : biologiques, psychologiques, comportementaux et socioculturels [6][21][25][26][27].





**Légende :**

- Nature du facteur explicatif (Facteur explicatif)
- **Facteurs explicatifs pouvant devenir des facteurs protecteurs pour un sportif donné**

**BIOLOGIQUES**

- Statut ethnique (caucasien)
- Age (12-18 ans)
- Sexe (féminin)
- **Poids** (instable/perte rapide et significative)
- Puberté (transformations biologiques rapides et significatives)
- Fonctionnement menstruel (retardé suite à l'augmentation du métabolisme)
- **Sensation d'appétit** (diminuée par une sécrétion d'endorphines)

**PSYCHOLOGIQUES/COMPORTEMENTAUX**

- Personnalité (dépendante de l'approbation extérieure et/ou obsessionnelle-compulsive et/ou addictive au mouvement et/ou visant compétition et performance)
- **Perfectionnisme** (orienté vers un but ou vers soi),
- **Estime de soi** (faible)
- **Image du corps** (négative ou insatisfaction de son poids)
- **Régime** (répété et chronique)

**SOCIOCULTURELS**

- Société (industrielle prônant la minceur)
- **Famille** (dysfonctionnelle/ignorant ou surinvestissant les talents et la réussite de leurs enfants/pressions pondérales relatives à la masse maigre\*).
- **Entraîneurs, éducateurs, conseillers techniques** (induisant des pressions pondérales relatives à la masse maigre\*)
- **Co équipiers** (provoquant des pressions pondérales relatives à la masse maigre\*)
- **Pratique sportive** (centrée sur le poids/niveau élevé /à fréquence et intensité élevées/non instituée ou très compétitive)
- Evénements de vie (abus physiques ou sexuels /blessures /départ de l'entraîneur / commentaires désobligeants sur l'apparence physique)

**Figure 4. Schéma explicatif des TCA des sportifs**

Comme le montre la **Figure 4**, ces facteurs sont tous liés entre eux directement ou indirectement (relations systémiques) et sont plus ou moins prépondérants au cours du temps (processus temporel) ; conférant aux TCA leur complexité. Il est ainsi essentiel de se rappeler que tous ces facteurs explicatifs [23] :

- ne mènent pas obligatoirement aux TCA (démarche non déterministe) ;
- ne doivent pas être traités de façon isolée ;
- peuvent devenir des facteurs protecteurs.

C'est la convergence de prédispositions, le plus souvent individuelles (facteurs biologiques et psychologiques) et d'un élément dit précipitant et lié au contexte ou à la privation de nourriture, qui va expliquer l'émergence de TCA et/ou leur maintien au cours du temps. Plus concrètement, en considérant deux sportifs pratiquant le même sport, au même niveau, et avec le même entraîneur, seul un des deux, plus propice aux psychopathologies, présentera un TCA, alors que le second davantage « protégé » ne développera aucun trouble.

## 5- Classification

La pratique sportive, au travers de sa logique interne\*, apparaît comme un facteur à risque important dans le développement des TCA. Ainsi, de nombreux auteurs se sont empressés d'établir des classifications des pratiques sportives selon leurs caractéristiques dominantes afin d'étudier plus facilement les TCA des sportifs [28]. Cinq grandes classifications se retrouvent dans la littérature :

- les sports dits de minceur versus ceux dits de prise poids ;
- les sports de formes corporelles longilignes versus ceux de formes corporelles « normales » ;
- les sports pour lesquels on observe une préoccupation pour un poids faible versus ceux sans préoccupation pour un poids faible ;
- les sports répertoriés en six catégories comme les sports d'endurance, les sports esthétiques, ceux dépendant du poids, ceux de balles, ceux de puissance et ceux de technique ;
- les sports répertoriés en sept catégories comme les sports d'endurance, les sports esthétiques, ceux à catégories de poids, ceux de balles, ceux de puissance, ceux de technique et ceux d'antigravitation.

Dans un souci de synthèse et de pédagogie, ce guide présentera exclusivement les pratiques sportives à risque de TCA selon la première classification : les sports dits de minceur et les sports dits de prise de poids; correspondant à la **Partie 2** et à la **Partie 3** de cet ouvrage (voir **Tableau 1**).

### a) Sports dits de minceur

Les sports dits de minceur, renvoient aux activités pour lesquelles une apparence longiligne et une minceur parfois extrême sont valorisées et associées à de meilleures performances sportives. Concernant cette catégorie, les sportifs sont à la recherche d'un rapport poids/performance optimal et présentent davantage des comportements de types anorexiques tels que les restrictions alimentaires. Comme l'indique le **Tableau 1**, c'est le cas des sports à visée esthétique (e.g. gymnastique, natation synchronisée, etc.), des sports d'endurance (e.g. natation, course à pied, etc.), et des sports d'antigravitation (e.g. saut en hauteur, escalade, etc.).

### b) Sports dits de prise de poids

Les sports dits de prise de poids, renvoient à des activités sportives pour lesquelles, contrairement aux sports dits de minceur, une meilleure performance sportive est associée un gain pondéral et notamment musculaire. Dans cette catégorie, ces sportifs présentent plutôt des comportements de types boulimiques tels que l'hyperphagie alimentaire. Comme l'indique le **Tableau 1**, c'est le cas des sports de puissance (e.g. sprint, lancer de poids, etc.) et des sports à catégories de poids (e.g. judo, voile, etc.). Cependant, il est important de noter, que les sports à catégories de poids peuvent appartenir à la fois aux sports dits de minceurs concernant les catégories de poids basses et aux sports dits de prise de poids pour les catégories de poids élevées.

**Tableau 1. Répartition des sports en fonction des sports dits de minceur versus dits de prise de poids**

SPORTS DITS DE MINCEUR (Partie 2)	SPORTS DITS DE PRISE DE POIDS (Partie 3)
<p><b><i>Sports à visée esthétique</i></b> Danse, ballet, gymnastique sportive, gymnastique rythmique et sportive, natation synchronisée, patinage artistique, plongeon.</p> <p><b><i>Sports d'endurance</i></b> Course de fond (marathon, demi-fond, etc.), cyclisme, natation, ski, équitation, aviron, canoë kayak, cross, biathlon, triathlon, décathlon, heptathlon, course d'orientation.</p> <p><b><i>Sports d'antigravitation</i></b> Escalade, sauts à la perche / en hauteur / en longueur, triple saut.</p>	<p><b><i>Sports de puissance</i></b> Lancers de poids / marteau / javelot, sprint, saut de haie, course de relais, ski alpin, bobsleigh/luge.</p> <p><b><i>Sports à catégorie de poids</i></b> Judo, boxe, taekwondo, karaté, jujitsu, voile, haltérophilie, lutte (gréco-romaine), kickboxing.</p>



## RECOMMANDATIONS GENERALES

A notre connaissance, il n'existe aucun manuscrit qui propose de spécifier les recommandations de prévention des TCA chez les sportifs en fonction de catégories de sports. Les rares guides de recommandations disponibles, listent des recommandations générales et mettent en évidence des fondamentaux qu'il est toutefois pertinent de mentionner dans ce guide. Ainsi, il est nécessaire de :

- Promouvoir dès le plus jeune âge l'acceptation de la diversité corporelle des individus tant dans leur forme, leur poids, leur taille, ainsi que les attitudes positives à l'égard de la compétition et de la performance ;
- Faire preuve de vigilance concernant les normes sociales et comportementales de sous-cultures comme la pratique sportive et ses « canons » physiques, les comportements alimentaires compensatoires\* ou hyperphagiques, etc. ;
- Proposer aux entraîneurs de/d' :
  - Eviter d'accentuer l'effet du poids corporel sur la performance sportive ;
  - Eliminer les groupes de pesée ;
  - Décourager les techniques de contrôle de poids pathologiques ;
  - Reconnaître les différences individuelles.





## SPORTS DITS DE MINCEUR

### 1- Prévalence

Les premières études sur la prévalence\* des TCA chez les sportifs se sont focalisées sur les sports dits de minceur et plus précisément les sports à visée esthétique et/ou d'endurance. Il a été montré que 15% à 65% des femmes pratiquant un sport dit de minceur, avaient des comportements alimentaires pathologiques pouvant potentiellement mener à des TCA sévères [29].

#### a) Sports à visée esthétique

- 17% à 33% des danseuses rapportent un passé de TCA et principalement d'anorexie mentale [30] ;
- 22% et 62% des gymnastes présentent respectivement des TCA cliniques ou subcliniques\* [30].

Au regard de la Triade des TCA précitée, il est intéressant de noter que le taux de prévalence d'aménorrhée s'élève à 22% chez les gymnastes alors qu'il ne dépasse pas 1% chez les femmes en général [31].

#### b) Sports d'endurance

- 14% et 25% des coureurs de fond présentent respectivement des TCA et des crises de boulimie [29] ;
- 20% et 12,5% des femmes triathlètes ont souffert d'épisodes d'anorexie mentale et de boulimie [24] ;
- 15,4% des nageuses, 3,6% des nageurs et 13,2% des rameurs utilisent des comportements compensatoires inappropriés pour contrôler leur poids (e.g vomissements provoqués, pilules amincissantes, laxatifs et diurétiques) [30].

#### c) Sports d'antigravitation

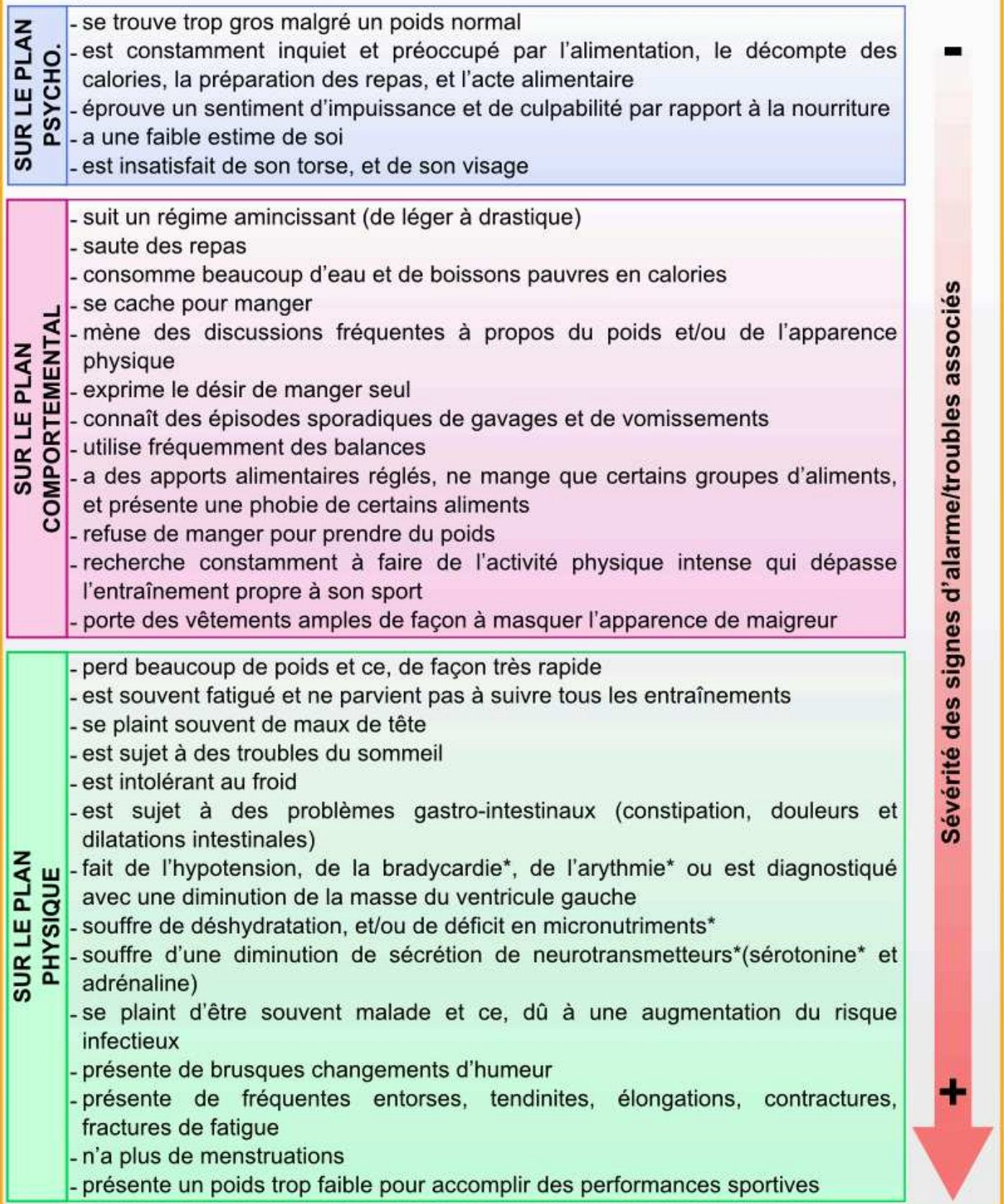
Concernant les sports dits d'antigravitation, des chercheurs en 2004, ont mis en évidence que 38,7% des sportifs présentaient des TCA [30].

### 2- Signes d'alarme

Pour tenter de diminuer ces taux de prévalence et éviter qu'un TCA se maintienne au cours du temps, il est essentiel de faire preuve d'une grande vigilance à l'égard des sportifs. En effet, les études scientifiques révèlent que l'état psychopathologique d'un individu lors de sa prise en charge est un facteur pronostique des TCA. En d'autres termes, des TCA ou des symptômes de TCA qui seront détectés précocement auront plus de chance d'être guéris.

Il est important de noter que les signes d'alarme peuvent être à la fois d'ordre psychologique et/ou comportemental et/ou physique. Dans le cas des sports dits de minceur, ils sont le plus souvent associés aux fréquentes restrictions alimentaires et/ou aux comportements compensatoires couplés à une charge d'entraînement élevée. Ces signes d'alarme peuvent s'illustrer selon la **Figure 5**.

**Le sportif :**



**Figure 5. Signes d'alarmes et troubles associés**



En connaissant ainsi les sportifs – c'est à dire leurs habitudes, leur tempérament, leurs traits de personnalité - il est possible de détecter des signes d'alarme qui peuvent être soit des précurseurs d'un TCA soit des troubles associés à un TCA avéré (voir **Figure 5**). Cette détection, basée sur l'observation ou les échanges verbaux, ne remplacera jamais ni une évaluation par questionnaires ou entretiens ni un diagnostic clinique (cf. **Partie 1**). Toutefois, elle s'avère être une information précieuse pour les professionnels de la santé.

### 3- Recommandations

Afin de maintenir un état de bien être physique, psychologique et social et d'éviter le développement des TCA chez les sportifs, il est nécessaire que chaque professionnel et/ou bénévole du sport et de la santé intervienne à son niveau, mais également en relation avec chacun d'entre eux.

#### a) **Recommandations générales**

##### Légende

Recommandations en direction des :

- Intervenants en PESAP, psychologues/psychiatres
- Entraîneurs, éducateurs, conseillers techniques
- Médecins du sport, nutritionnistes/diététiciens

- ● Eduquer les sportifs sur ce que sont les TCA afin de les amener à réfléchir et échanger sur leurs propres comportements et attitudes envers l'alimentation.
- ● Informer les adolescents à propos des risques pour la santé des vomissements provoqués, de l'usage de diurétiques et de laxatifs, d'agents amaigrissants et de régimes après les avoir dépister.
- ● Informer les sportifs sur les effets des régimes à répétition et du maintien d'un poids faible sur les performances sportives, afin de rompre leurs croyances sur le lien poids-performances.
- ● Faire pratiquer aux sportifs des activités physiques variées dont la logique interne\* diffère de leur sport de prédilection, afin de ne pas focaliser sur les «attentes» de la discipline et en même temps développer des compétences qu'ils pourront réutiliser tout en sollicitant les systèmes musculaires, cardiovasculaires et énergétiques. Par exemple, dans le cas des sports dits de minceur, proposer des sports de balles (e.g. basket-ball, water-polo, etc.) ou des sports de technique (e.g. escrime, bowling, golf, etc.). [32]
- Développer un rapport de confiance et de responsabilité entre l'entraîneur et le sportif.

- ● Ne pas sous-estimer l'influence de l'entraîneur qui endosse de multiples rôles (ex : enseignant, conseiller, « substitut parental », etc.) sur le bien-être/mal-être physique et psychologique des sportifs et le rôle qu'ils peuvent jouer dans la résolution des TCA.
- Eviter de faire des remarques négatives aux sportifs sur leur poids ou leur morphologie en lien avec les performances. Si nécessaire, privilégier un discours en face à face avec uniquement le sportif concerné en lui proposant des solutions, afin de l'accompagner dans sa perte de poids.
- Eviter d'associer systématiquement de mauvaises performances sportives à une éventuelle prise de poids ou changement morphologique. Ces commentaires pourraient amener le sportif à contrôler son alimentation.
- Détourner le problème de prise de poids en se focalisant sur la force, l'endurance, la souplesse, la vitesse, la réactivité et en évoquant les aspects psychologiques de la performance humaine pour détourner le sportif de ses objectifs pondéraux.
- Eviter d'encourager les sportifs à avoir recours à des techniques de perte de poids rapides et à des régimes restrictifs. Préférer les pertes de poids progressives quand elles sont indispensables.
- ● Rompre les croyances qui sous-entendent qu'un faible poids ou une silhouette longiligne est un gage de bonnes performances sportives pour éviter des représentations qui pourraient entraîner des troubles alimentaires.
- ● Valoriser le maintien d'un poids constant. Cela empêchera le sportif d'avoir des comportements alimentaires pathogènes lorsqu'il devra perdre du poids avant des échéances importantes.



- Eviter de fixer des objectifs basés sur l'apparence physique et de prendre comme modèles les standards imposés par la société car les adolescents ont tendance à s'identifier à des modèles sportifs.
- Eviter de relever exclusivement les points négatifs en fin d'entraînement. Commencer par parler des points positifs tout en suggérant par la suite de possibles améliorations. L'objectif ici est de ne pas favoriser une dévalorisation du sportif, qui pourrait générer des TCA.
- ● Prendre le temps d'observer les signes précurseurs présentés précédemment (Figure 5) et d'interroger les parents. En cas de doute ne pas hésiter à en discuter avec le médecin et/ou la psychologue et/ou les parents.
- ● Mettre au point un régime avec un médecin, avant la période des compétitions ou de grandes échéances afin d'assurer une perte de poids échelonnée dans le temps et de permettre aux sportifs de perdre de la masse grasse et non de la masse maigre [33].
- ● Organiser un dépistage précoce des comportements alimentaires en vue d'aiguiller les sportifs vers une évaluation et des examens plus approfondis.

**b) Recommandations spécifiques au haut-niveau**

Huit recommandations principales permettent d'accompagner une perte de poids appropriée chez les sportifs haut-niveau [34].

- Un professionnel de santé ayant de l'expérience dans les TCA doit aider le sportif à déterminer s'il présente un risque minimum de développer ce type de troubles suite au programme de perte de poids proposé.
- Le poids du sportif doit être plus élevé que le poids « médicalement » recommandé car celui-ci requiert des besoins énergétiques supérieurs à la population normale.
- Le sportif doit avoir conscience qu'il peut être amené à perdre du poids et il doit être en accord avec cette décision.
- Un diététicien(ne), en accord avec le médecin, doit être en charge de déterminer le poids à atteindre, mettre au point un programme alimentaire et veiller à ce que celui-ci soit respecté.
- Le régime alimentaire doit être arrêté et reporté dans le cas où d'éventuels problèmes psychologiques ou en lien avec les préoccupations pondérales commenceraient à émerger, sans quoi les problèmes pourraient s'accroître.
- Les performances sportives doivent être surveillées, afin de déterminer si les améliorations de celles-ci sont directement liées à une diminution pondérale.
- Si les performances sportives ne sont pas améliorées, le programme visant une perte de poids devra être arrêté. Des idées nouvelles doivent alors être formulées en vue d'apporter une solution au problème.
- Si les performances sportives sont améliorées par la perte de poids, le programme devra prendre fin lorsque le poids visé sera atteint. Cette démarche empêche l'installation d'habitudes délétères.



## 4- Un cas concret

### a) Présentation du cas



Téo a 12 ans. Il est en première année de collège dans une école privée. Il a de bonnes notes et fait partie de l'équipe d'athlétisme de l'école (UNSS). Il s'entraîne en plus, trois fois par semaine sous le regard d'un entraîneur, lui-même ancien athlète de haut niveau. Au regard de ses performances réalisées lors de la saison passée, tous les membres de l'équipe l'admirent. Bien qu'il participe à d'autres activités extrascolaires Téo désire devenir un athlète de haut niveau comme ceux qu'il voit à la télévision, et comme

son entraîneur. Il aime assister à des manifestations d'athlétisme et lorsqu'il voit des coureurs africains, il espère un jour avoir le même corps fin et élancé afin d'être capable de courir aussi vite qu'eux.

Actuellement, Téo n'est pas aussi mince et rapide et peut-être un peu enrobé pour son âge et sa taille. Ces coéquipiers se sont d'ailleurs déjà moqués de lui à ce sujet et son entraîneur lui a déjà fait comprendre à plusieurs reprises qu'il devrait perdre du poids. Les TCA ont débuté après une compétition lorsque son entraîneur lui a dit : « Ca serait mieux si tu essayais d'accomplir des performances en lancers de poids ou de marteau, tu n'as pas les qualités nécessaires pour être un coureur de fond. Par contre, je suis sûr que tu serais bon dans les activités de lancer. ». Ces remarques l'ont beaucoup affecté. En rentrant chez lui, il se promet que plus personne ne lui ferait ce genre de réflexion et il décida que la solution était d'arrêter de manger ou de manger le moins possible.

Les résultats se firent vite constater et sa perte de poids fut rapide. Toute sa famille le remarqua. Il refusait tout apport alimentaire : « Je n'ai pas envie de manger ça [...] Je n'ai plus faim [...] Je n'en veux plus ». Progressivement, il ne devint plus le même. Ne sachant pas comment faire face à la situation qui devenait incontrôlable, ses parents décidèrent d'aller consulter un médecin du sport/psychologue pour remédier à la situation.

### b) Analyse de la situation

A première vue, le cas de Téo semble facile à régler et comme le traitement des TCA est généralement plus simple chez des patients jeunes, l'âge de Téo est un facteur favorable. Cependant plusieurs facteurs peuvent influencer la gravité des TCA. Par exemple, ne pas avoir les outils nécessaires pour appréhender la situation ou ne pas prendre en compte l'ensemble des facteurs responsables de la situation peut participer à l'aggravation des TCA ou rendre leur traitement plus délicat.

Une détection précoce permet toujours un traitement plus efficace. Dans chaque cas, la thérapie devrait commencer par une analyse exhaustive des variables à l'origine du problème. C'est pourquoi une entrevue est généralement nécessaire afin de définir l'environnement dans lequel les sportifs évoluent. Par conséquent, dans ce cas précis, les éléments majeurs à prendre en compte afin de comprendre l'environnement de Téo sont la famille, l'école et le sport.

Concernant l'environnement sportif, une discussion avec l'entraîneur a permis de mettre en avant que ce dernier n'était pas conscient des conséquences néfastes des TCA et avait même montré une certaine satisfaction relative aux comportements pathogènes en lien avec les performances sportives. D'après l'entraîneur, Téo a désormais atteint un poids convenable pour participer à des épreuves athlétiques, alors qu'auparavant il n'avait pas les qualités requises pour être un coureur de fond, lui suggérant par conséquent de changer de spécialité. Ces informations inquiétèrent les parents de Téo et en même temps, elles les renseignèrent sur les raisons de ces changements. Les parents et l'entraîneur décidèrent de ne pas intervenir avant d'avoir consulté un médecin du sport/psychologue.

### **c** Traitement et suivi

La proposition d'intervention est destinée aux parents de Téo et à son entraîneur. L'objectif est d'atteindre un poids adéquat sans l'empêcher de pratiquer son sport. Afin d'y parvenir, une série de lignes directrices doivent être suivies comme détaillées ci-dessous.

### **d** Recommandations pour l'entraîneur

Comme cela a été précédemment souligné, le rôle de l'entraîneur est fondamental dans ce cas. L'entraîneur doit prendre un rendez-vous avec le médecin du sport/psychologue afin de lui expliquer la nature du problème et la marche à suivre. L'entraîneur doit être conscient de son rôle de modèle, de son influence sur le comportement des athlètes et de l'aide qu'il est susceptible d'apporter au-delà des difficultés et des problèmes en rapport avec la pratique sportive.

Concernant le cas de Téo, l'entraîneur est concerné et s'engage à suivre les conseils recommandés. Il est important d'encourager des comportements appropriés en ne descendant pas en dessous d'un poids minimum. De plus, durant les entraînements en groupe, il est utile de donner des informations nutritionnelles de base, en insistant sur le fait qu'il est important d'avoir une alimentation saine et équilibrée afin de pouvoir réussir des performances sportives, tout en minimisant l'importance donnée à la morphologie, à la taille et au poids. Le suivi de Téo est réalisé par les parents, soit par téléphone, soit en personne.

En parallèle, de fréquentes interactions entre le triumvirat « sportif / entraîneur / psychologue » sont maintenues en établissant un « suivi psychologique et comportemental » de tout son groupe de sportifs. Avec le temps, la situation de Téo s'est stabilisée ainsi que le maintien des habitudes alimentaires appropriées pour son âge, sa taille et ses activités sportives.



# SPORTS DITS DE PRISE DE POIDS

## 1- Prévalence

Il n'est pas rare d'entendre que les taux de prévalence\* des TCA des sportifs les plus élevés concernent les sports dits de minceur. Or depuis ces dernières années, l'intérêt pour les sports dits de prise de poids croît, même si les données épidémiologiques sont encore trop peu nombreuses. En ce qui concerne les sports de puissance, aucune étude ne s'est intéressée de façon spécifique aux activités dites de prise de poids comme le javelot et le lancer de marteau. Cependant, de récentes études mettent en évidence que 17,5% de sportifs pratiquant des sports dits de prise de poids présentent des troubles alimentaires pouvant mener à des TCA [33].

Concernant les sports à catégorie de poids :

- 2,8% des lutteurs remplissent les critères de boulimie [33][35] ;
- 36% présentent des TCA [35] ;
- 15,5% et 23,3% des femmes haltérophiles rapportent respectivement des conduites de minceur sévères et une insatisfaction corporelle [36].

## 2- Signes d'alarme

Pour tenter de diminuer ces taux de prévalence et éviter qu'un TCA se maintienne au cours du temps, il est essentiel de faire preuve d'une grande vigilance à l'égard des sportifs. En effet, les études scientifiques révèlent que l'état psychopathologique d'un individu lors de sa prise en charge est un facteur pronostique des TCA. En d'autres termes, des TCA ou des symptômes de TCA qui seront détectés précocement auront plus de chance d'être guéris.

Il est important de noter que les signes d'alarme peuvent être à la fois d'ordre psychologique et/ou comportemental et/ou physique. Dans le cas des sports dits de prise de poids, ils sont le plus souvent associés aux fréquentes hyperphagies alimentaires avec ou sans aux comportements compensatoires inappropriés, couplées à une charge d'entraînement élevée.

En connaissant les sportifs – c'est à dire leurs habitudes, leur tempérament, leurs traits de personnalité – il est possible de détecter des signes d'alarme qui peuvent être : soit des précurseurs d'un TCA soit des troubles associés à un TCA avéré (voir **Figure 6**). Cette détection, basée sur l'observation ou les échanges verbaux ne remplacera jamais une évaluation par questionnaires ou entretiens ni un diagnostic clinique (cf. **Partie 1**). Toutefois, elle s'avère être une information précieuse pour les professionnels de la santé.

## Le sportif :

**SUR LE PLAN PSYCHO.**

- présente une préoccupation excessive à propos de son corps, de son apparence et de sa composition corporelle
- présente une image corporelle déformée
- présente une faible estime de soi
- éprouve de la culpabilité à manger

**SUR LE PLAN COMPORTEMENTAL**

- critique fréquemment le corps et l'apparence corporelle des autres
- est sujet à des prises alimentaires compulsives en cachette
- consomme de la nourriture quand il se sent déprimé ou soumis à une pression

**SUR LE PLAN PHYSIQUE**

- augmente de façon rapide son poids suite à des épisodes de prises alimentaires compulsives
- est sujet à de fréquentes fluctuations du poids corporel
- souffre de douleurs intestinales (ballonnements, constipations)
- présente des croûtes sur les jointures des doigts provenant de tentatives répétées de se faire vomir
- souffre de déshydratation et d'un déséquilibre électrolytique\* induits par les vomissements provoqués
- souffre de problèmes gastro-intestinaux, comme des œsophagites, des ulcères, ou encore des perforations de l'œsophage
- présente des caries dentaires et une érosion de l'émail
- est sujet à de brusques changements d'humeur (dépression, solitude)
- présente des menstruations irrégulières

■ Sévérité des signes d'alarme/troubles associés

+

Figure 6. Signes précurseurs et troubles associés

### 3- Recommandations

Afin de maintenir un état de bien être physique, psychologique et social et d'éviter le développement des TCA chez les sportifs, il est nécessaire que chaque professionnel et/ou bénévole du sport et de la santé intervienne à son niveau, mais également en relation avec chacun d'entre eux.

#### Légende

Recommandations en direction des :

- Intervenants en PESAP, psychologues/psychiatres
- Entraîneurs, éducateurs, conseillers techniques
- Médecins du sport, nutritionnistes/diététiciens



- Sensibiliser et éduquer les sportifs sur ce que sont les TCA dans l'objectif d'engager une réflexion autour de leurs propres comportements et attitudes envers l'alimentation.
- ● Informer les sportifs à propos des risques et complications liées à l'hyperphagie boulimique ou l'anorexie inversée afin d'éviter la survenue éventuelle de surpoids et d'obésité pendant et après l'arrêt de la pratique sportive.
- ● Informer les sportifs sur les effets délétères des fluctuations pondérales sur la santé et sur les performances afin de changer leurs représentations et leurs croyances sur le lien poids-performance.
- ● Faire pratiquer aux sportifs des activités physiques variées dont la logique interne\* diffère de leur sport de prédilection, afin de ne pas focaliser sur les «attentes» de la discipline et en même temps développer des compétences qu'ils pourront réutiliser tout en sollicitant les systèmes musculaires, cardiovasculaires et énergétiques. Par exemple, dans le cas des sports dits de prise de poids, proposer des sports de raquettes (e.g. tennis, badmington, etc.) ou des sports de balles (e.g. hand-ball, basket-ball, water-polo, etc.).
  - Dissuader les sportifs d'avoir recours à des techniques de prise de poids et de masse musculaire extrêmes par une information précise concernant les besoins alimentaires utiles à leur sport au travers de résultats d'études empiriques et d'appel à témoin.
- ● ● Faire preuve de vigilance à l'égard des signes d'alarme chez les sportifs présentés en Figure 6.
  - Démontrer les effets délétères de l'utilisation des saunas, des combinaisons de caoutchouc, des diurétiques dans un objectif de déshydratation rapide, puis d'absorption rapide et importante de quantité de protéines afin de ne pas normaliser des comportements alimentaires pouvant être pathogènes. Par exemple, tester lors d'exercices physiques dans environnement chaud les méfaits de la déshydratation et évaluer la quantité d'eau perdue avant la déshydratation.
  - ● Proscrire l'utilisation de produits dopants et informer les sportifs sur les sanctions légales.
- ● ● Renseigner le sportif sur le danger que peuvent présenter les informations figurant sur les sites internet et prohiber l'achat de produits issus de ces sites.
- Mettre en place un suivi psychologique et comportemental des sportifs à l'aide de carnets journaliers servant de support à un récapitulatif hebdomadaire des événements susceptibles d'affecter le sportif, afin de détecter le plus tôt possible les signes d'alarme et de rechutes et d'accompagner et de soutenir le sportif.
- ● Rompre les croyances qui sous-entendent qu'un poids élevé est un gage de performances sportives élevées.
  - Développer un rapport de confiance et de responsabilité entre l'entraîneur et le sportif.
  - Adapter les régimes développés à l'activité pratiquée et aux besoins qu'elle nécessite [33].
- ● ● Organiser un dépistage précoce des comportements alimentaires en vue d'aiguiller les sportifs vers une évaluation et des examens plus approfondis

### Recommandations spécifiques

#### « Désacraliser le poids » en évitant de :

- créer des situations dans lesquelles l'entraîneur pèse ses sportifs les uns devant les autres en prononçant le poids à voix haute. Préférer la pesée individuelle en précisant les raisons et les conséquences de cette pesée et en laissant le choix au sportif de connaître ou non son poids.
- suivre le poids des sportifs quotidiennement. En effet, cette situation est susceptible d'accroître l'obsession du poids.
- placer les sportifs dans une compétition pondérale au-delà la compétition sportive qui pourrait ajouter une pression supplémentaire de ses co-équipiers.
- prôner une motivation extrinsèque orientée sur le poids peu stable et peu gratifiante.

## 4- Un cas concret

### a Présentation du cas



Luc a 22 ans. Il est en quatrième année de droit et il pratique la boxe anglaise à haut niveau. Il a récemment gagné plusieurs médailles à chaque compétition régionale/nationale et a une réelle possibilité d'aller aux Jeux olympiques, ce dont il rêve depuis toujours.

Malheureusement son dernier championnat régional coïncidait avec ses examens académiques et par conséquent, ses récentes performances n'ont donc pas été satisfaisantes. Il évolue actuellement dans une catégorie de poids inférieure à celle dans laquelle son poids lui permet d'être. Toute la semaine, il s'est disputé avec son entraîneur au sujet de la nécessité de perdre du poids s'il reste dans cette catégorie. Il lui reste à peine cinq jours avant le championnat, pour trouver une solution qui lui permettrait de se qualifier pour les Jeux olympiques.

Durant cinq jours, Luc s'est astreint à un régime strict, supprimant tous les aliments gras, mais cela ne semble pas être suffisant. Son entraîneur revient constamment sur le sujet : « Je ne comprends pas comment tu peux être aussi lourd, tu t'es laissé aller, la possibilité de gagner le championnat s'éloigne de nous ! ». Maintenant, Luc pense à prendre des laxatifs et des diurétiques, à aller faire des saunas et à s'entraîner en portant des vêtements synthétiques. Il pense que c'est le seul moyen de perdre ses kilos superflus pendant le peu de temps dont il dispose.

Son entraîneur ne connaît pas les stratégies compensatoires inappropriées de Luc. Luc n'arrive plus à se concentrer sur la compétition et à gérer la pression de la situation. Un rendez-vous avec un médecin du sport/psychologue de la fédération de boxe anglaise est finalement pris.

## **b** Traitement

Etant donné le temps très court dont il dispose avant la compétition, le traitement est ici considéré comme « urgent » et se concentre sur deux aspects :

- réduire le stress auquel Luc et son entraîneur sont soumis afin d'améliorer la communication entre eux. Il est important de réduire l'anxiété de pré-compétition en faisant de l'entraîneur un allié plutôt qu'un « agent stressant » et en diminuant la pression sur l'athlète.
- déterminer l'apport calorique adéquat pour performer durant la compétition (en fonction de la catégorie de poids dans laquelle ils ont choisi de se présenter).

Ayant pris la décision de rester dans la catégorie de poids actuelle de Luc, tous les efforts sont dirigés vers ce but, en évitant de douter aussi tardivement de cette décision. Le travail sur l'affirmation de soi et la motivation intrinsèque est mené pour augmenter la confiance en soi (i.e. capacités du sportif à obtenir de bons résultats). Le rôle de l'entraîneur est fondamental durant tout ce processus. Il apporte au sportif l'assurance et le soutien nécessaire surtout lorsque Luc commence à se sentir découragé. De la même façon, ils restent en contact avec les professionnels de la santé afin de suivre la situation.

Au regard des résultats, la communication a été améliorée entre le sportif et l'entraîneur et un apport énergétique adéquat a été élaboré et respecté avant, pendant et après la compétition. Le plus important réside dans les performances exceptionnelles de Luc et dans le fait que les professionnels de la santé ont réussi à intégrer l'équipe entourant Luc durant toute la saison et à prendre en charge ce genre de problème.



## PERSPECTIVES

### 1- Politique de prévention des TCA

Il est important de rappeler que l'ensemble des recommandations concernant les sports dits de minceur et les sports dits de prise de poids ne représente que la première étape de la prévention des TCA chez les sportifs. Comme l'évoquent plusieurs pays (Canada, États-Unis, Angleterre, etc.), seule une politique de prévention des TCA menée à la fois en amont - auprès des institutions dirigeantes - et en aval - auprès des professionnels au contact direct des sportifs - peut être efficace à court, moyen et long terme.

Il est recommandé de/d' :

- Informer et former les professionnels du monde sportif et tout particulièrement les entraîneurs, aux TCA pour un dépistage précoce de ces troubles et une orientation rapide des sportifs vers des professionnels de la santé ;
- Composer une équipe multidisciplinaire (psychologues, médecins, diététiciens/nutritionnistes, chercheurs, intervenants en PESAP, etc.) spécialisée dans les TCA des sportifs pour chaque fédération, responsable du suivi des sportifs ;
- Développer des instruments de mesures des TCA valides et spécifiques aux sportifs à la fois auto-évaluatifs (questionnaires auto-rapportés) et hétéro-évaluatifs (entretiens cliniques standardisés menés par un professionnel de la santé) ;
- Détecter plus facilement les TCA chez les sportifs en leur proposant des questionnaires des TCA et aborder les réponses aux questionnaires lors de l'examen médical de non-contre indication à la pratique sportive ou lors de la visite médicale annuelle obligatoire pour les sportifs de haut niveau ;
- Sensibiliser les organisations et les fédérations à l'importance des TCA chez les sportifs à l'instar du dopage ;
- Etablir une démarche à suivre en direction des entraîneurs en cas de détection des signes d'alarme de TCA ;
- Prendre en compte les dispositifs de la DRJSCS qui veillerait à l'opérationnalisation des programmes de prévention des TCA chez les sportifs ;
- Concevoir des outils et des guides de recommandation pour la prévention des TCA à disposition des sportifs et de leur famille.

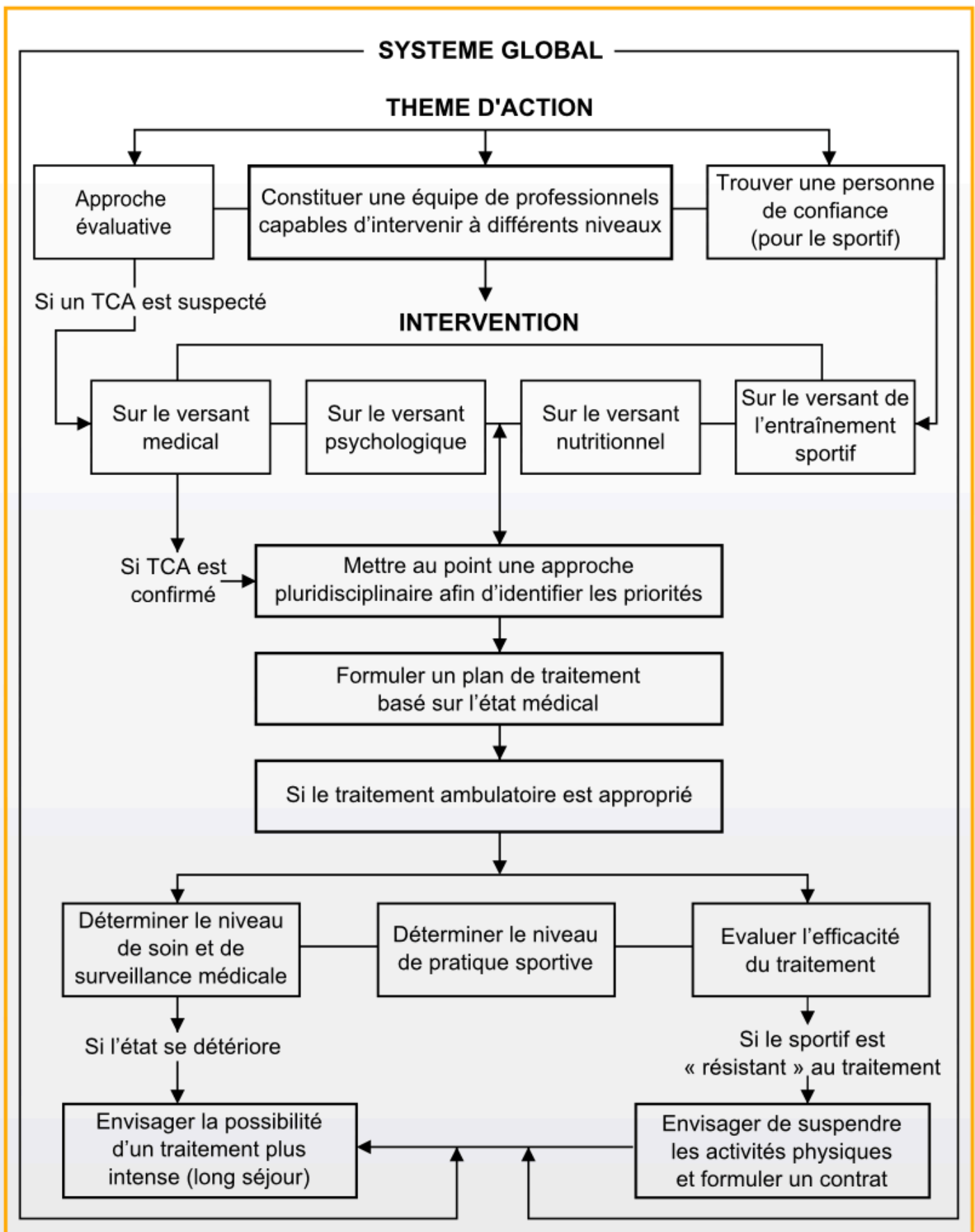


Figure 7. Organisation institutionnelle pour la prévention des TCA chez les sportifs

## 2- Interventions préventives des TCA chez les sportifs ?

### a) Prévention primaire

Au-delà de ces perspectives générales précitées, aucun écrit scientifique et professionnel à notre connaissance, ne décrit précisément les interventions préventives des TCA chez les sportifs spécifiquement. Seuls quelques chercheurs et cliniciens s'intéressant aux TCA de la population en générale, font état des interventions préventives à mener auprès de populations cibles, c'est à dire les adolescents et les jeunes femmes. Dans le cadre de la prévention des TCA, les interventions doivent viser les facteurs protecteurs des TCA comme les composantes du concept de soi (ex : image du corps, endurance, force, valeur physique perçue, etc.). Plus précisément, il est recommandé que ces interventions préventives :

- visent un public spécifique à risque ;
- reposent sur des interventions interactives ;
- comprennent des sessions multiples et progressives ;
- soient menées dans le milieu de l'utilisateur avec l'aide d'intervenants dits « internes » au milieu (ex : entraîneur, conseiller technique) ;
- utilisent des mesures psychométriques valides ;
- s'inspirent des principes de la psychologie positive (approche non répressive et non moralisante) ;
- intègrent des interventions pour le corps et par le corps.

### b) Prévention secondaire et tertiaire

Concernant le traitement des TCA, trois principales psychothérapies sont communément utilisées en France. Elles sont à visée : psychanalytique, familiale et cognitivo-comportementale\*. Compte tenu des caractéristiques de la communauté sportive et à la lecture des écrits scientifiques, la thérapie cognitivo-comportementale semble être la plus appropriée pour traiter les TCA des sportifs.

Ces thérapies sont fondées sur les théories de l'apprentissage et sur les théories cognitives du fonctionnement psychologique. Elles peuvent se présenter sous la forme de thérapies individuelles, de groupes, de couples ou de la famille comme la psychoéducation et la résolution de problèmes. Les séances sont limitées en nombre, de 10 à 25 séances à raison de une à deux par semaine. Ainsi, parmi les différentes approches psychothérapeutiques des TCA précitées, la thérapie cognitivo-comportementale est l'approche thérapeutique la plus utilisée pour traiter directement les composantes du concept de soi, la plus courte et la moins coûteuse.

### 3- Activités physiques pour la santé : quelle(s) formation(s) ?

Afin de mettre en œuvre une politique de prévention des TCA, de nouvelles compétences et expertises sont nécessaires ; elles ouvrent sur de nouveaux métiers. La mise en synergie des acteurs du sport au côté des professionnels de la recherche en Sciences du Sport constitue le vecteur essentiel pour la mise en place des dispositifs de prévention des TCA des sportifs.

Les travaux de recherche appliqués aux sportifs apportent des connaissances indispensables pour la formation professionnelle d'intervenants dans la prévention comme les filières universitaires de la Faculté des Sciences du Sport :

- Licence Activités Physiques Adaptées et Santé (BAC+3) ;
- Master PESAP (BAC+5).

et celles issues des fédérations sportives dont les principales sont :

- Fédération Française d'Athlétisme, FFA ;
- Fédération Française d'Education Physique et Gymnastique Volontaire, FFEPGV ;
- Fédération Française d'Entraînement Physique dans le Monde Moderne, FFEPMM.

Par conséquent, les partenariats institutionnels deviennent indispensables entre les services publics de l'Etat : DRDJSCS, l'Université et le milieu du sport. C'est le cas aujourd'hui, puisque des travaux de recherche sont menés sur ces thématiques par l'UMR 6233 « Institut des Sciences du Mouvement, Etienne-Jules Marey », CNRS-Université de la Méditerranée, la DRDJSCS PACA et la Fédération Française d'Athlétisme. Dans le futur, l'engagement de partenaires telles que les Mutuelles et les Collectivités facilitera l'application de cette politique de prévention des TCA.





# RENSEIGNEMENTS

## 1- Institutions

---

### **Faculté des sciences du Sport**

163 avenue de Luminy  
CP 910  
13288 Marseille cedex 9  
Site internet : [www.ism.univmed.fr](http://www.ism.univmed.fr)  
Site internet du Master PESAP : [www.staps.univ-mrs.fr/master\\_pesap](http://www.staps.univ-mrs.fr/master_pesap)

### **Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale : service de la prévention (DRDJSCS)**

Technopôle de Château-Gombert  
160 rue Albert Einstein  
CS 90002  
13453 Marseille cedex 13  
Site internet : [www.paca.sante.gouv.fr](http://www.paca.sante.gouv.fr)

### **CHU St Marguerite - Espace Arthur (service de pédopsychiatrie)**

270 Bd Sainte Marguerite  
13274 Marseille 9  
Courriel : [com.contact@ap-hm.fr](mailto:com.contact@ap-hm.fr)

### **Groupe hospitalier Cochin Saint-Vincent-de-Paul**

Maison de Solenn – Maison des adolescents  
97, boulevard de Port-Royal  
95679 Paris Cedex 14  
Site internet : [www.mda.aphp.fr](http://www.mda.aphp.fr)

### **Centre Hospitalier Robert Debré**

Service de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent  
48, Boulevard Sérurier  
75019 Paris  
Site internet : [www.robertdebrepairs.aphp.fr](http://www.robertdebrepairs.aphp.fr)

## **Centre hospitalier universitaire de Bordeaux**

Centre Jean Abadie  
Unité pour troubles des conduites alimentaires  
89, rue des Sablières  
33077 Bordeaux Cedex  
Site internet : [www.chu-bordeaux.fr](http://www.chu-bordeaux.fr)

## **Centre Henri Laborit**

Service universitaire pour l'enfant et l'adolescent (SUPEA)  
370, avenue Jaques Cœur  
86021 Poitiers Cedex  
Site internet : [direction.generale@ch-poitiers.fr](mailto:direction.generale@ch-poitiers.fr)

## **2- Associations**

---

### **Fédération nationale des associations liées aux troubles du comportement alimentaire**

Site internet : [fna-tca@laposte.net](mailto:fna-tca@laposte.net)

### **Association d'Aide aux Boulimiques**

151, rue d'Alésia  
75014 Paris  
Site internet : [www.boulimie.com](http://www.boulimie.com)

### **Association Autrement**

9, rue de metz  
21000 Dijon  
Site internet : [www.anorexie-et-boulimie.com](http://www.anorexie-et-boulimie.com)

### **Association Solidarité Anorexie Finistère**

53, impasse de l'Odet  
29000 Quimper  
Site internet : [www.s-a-f.asso.fr](http://www.s-a-f.asso.fr)

### **Groupe Européen pour les Anorexiques, les Boulimiques et les Familles (GEFAB)**

54, boulevard Raspail  
75270 Paris Cedex 06  
Site internet : [www.gefab.fr](http://www.gefab.fr)

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Faiburn, C.G., & Harrison, P.J. (2003). Eating Disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- [2] American Psychological Association (2004). *DSM-IV -Text revision – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, FR: Masson.
- [3] Association Psychiatrique Américaine, APA, 2000.
- [4] Beals, K.A., & Manore, M.M. (1999). Subclinical eating disorders in physically active women, *Topics in clinical nutrition*, 14, 14-29.
- [5] Koszewski, W., Chopak J.S., & Buxton, B.P. (1997). Risk factors for disordered eating in athletes. *Athletic Therapy Today*, 7-11.
- [6] Garcia Hejl, C., Garcin, J.-M., Garcia, C., Bifaillon, C., Ceppia, F., & Burnat, P. (2008). Addiction au sport et anorexie, *Pathologie Biologie*, 56, 43-45.
- [7] Afflelou, S. (2009). Place de l'anorexia athletica chez la sportive intensive. *Archives de pédiatrie*, 16, 88-92.
- [8] Vinci, D.M. (1999). The female athlete triad: Body image and disordered eating. *Athletic Therapy Today*, 4, 16-17.
- [9] Pope, H.G., Gruber, A.J., & Choi, P. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-557.
- [10] Rumball, J.S., & Lebrun, C.M. (2004). Selected issues for female athlete. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14, 153-160.
- [11] Criquillon-Doublet, S., Divac, S., Dardennes, R., & Guelfi, J.D. (1995). Le « Eating Disorder Inventory » (EDI). In J.D. Guelfi, V. Gaillac, & R. Dardennes (Eds.), *Psychopathologie quantitative* (pp. 249-260). Paris, FR: Masson.
- [12] Leichner, P., Steiger, H., Puentes-Neuman, G., Perreaut, M., & Gottheil, N. (1994). Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires auprès d'une population québécoise francophone. *Revue canadienne de Psychiatrie*, 39, 49-54.
- [13] Callahan, S., Rousseau, A., Knotter, A., Bru, V., Danel, M., Cueto, C., Levasseur, M., Cuvelliez, F., Pignol, L., O'Halloran, M.S., Chabrol, H. (2003), Les troubles alimentaires: présentation d'un outil de diagnostic et résultats d'une étude épidémiologique chez les adolescents, *Encéphale*, 29, cahier 1, 239-247.
- [14] Guthrie, S.R. (1991). Prevalence of Eating Disorders among intercollegiate athletes: theory, issues and research. In D.R. Black (Eds). *Eating disorders among athletes: Theory, issues, and research* (pp. 43-66).
- [15] Nagel, D.L., Black, D.R., Leverenz, L.J., & Coster, D.C. (2000). Evaluation of a screening test for female college athletes with eating disorders and disordered eating, amenorrhea, and osteoporosis. *Journal of Athletic Training*, 35, 431-440.
- [16] Mc Nulty, K.Y., Adams, C.H., Anderson, J.M., & Affenito, S.G. (2001). Development and validation of a screening tool to identify eating disorders in female athlete. *Journal of the American Dietetic Association*, 101, 886-892.
- [17] Lo, B.P., Hebert, M.D., & McLean, A. (2003). The female athlete triad, no pain, no gain? *Clinical Pediatrics*, 42, 573-580.
- [18] Artioli, G.G., Scagliusi, F., Kashiwagura, D., Franchini, E., Gualano, B., & Junior, A.L., (2009). Development, validity and reliability of a questionnaire designed to evaluate rapid weight loss patterns in judo players. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20, 117-187.
- [19] Scoffier, S., Paquet, Y., Corrion, K., D'Arripe-Longueville, F. (sous presse). Development and validation of the French Self-Regulatory Eating Attitude in Sports Scale. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, doi : 10.1111/j:1600-0838.2009.00984.x
- [20] Beals, K.A., & Manore, M.M. (2000). Behavioral, psychological and physical characteristics of female athletes with subclinical eating disorders, *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 10, 128-143.
- [21] Puper Ouakil, D., Michel, G., Baup, N., & Mouren-Siméoni, M-C. (2002). Aspects psychopathologiques de l'exercice intensif chez

l'enfant et l'adolescent : mise au point à partir d'une situation clinique. *Annales Médicales et Psychologiques*, 160, 543-549.

[22] Bonci, C.M., Malina, R.M., Granger, L.R., Johnson, C.L., Milne, L.W., Ryan, R.R., & Vanderbunt, E.M. (2008). National athletic trainer association position statement: preventing detecting and managing disordered eating in athletes. *Journal of Athletic Training*, 43, 80-108.

[23] Michel, G., Puper Ouakil D., Leheuzey M.F., & Mouren-Siméoni M-C. (2003). Pratiques sportives et corrélats psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 179-185.

[24] Thompson, R.A., Sherman, R.T. (1999). Athletes, Athletic Performance and Eating Disorders: Healthier Alternatives. *Journal of Social Issues*, 55, 317-337.

[25] Sherman, R.T., & Thompson, R.A. (1993). *Effects of race and thinness demand on prevalence of eating disturbance among women athletes*. Poster session presented at the annual meeting of the Midwestern Psychological Association, Chicago.

[26] Association Canadienne pour l'avancement des femmes, du sport et de l'activité physique. (2010). Les troubles alimentaires chez les athlètes. <<http://www.enfine.com>>

[27] Filaire, E., Rouveix, M., Bouget, M., & Pannafieux, C. (2007). Prévalence des troubles du comportement alimentaire chez le sportif. *Science et Sports*, 22, 135-142

[28] Beals, K.A., Brey R.A., & Gonouy, J.B., (1999). Understanding the female athlete triad: eating disorders, Amenhorrea, and osteoporosis. *Journal of School health*, 69, 337-340.

[29] Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M.K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14, 25-32.

[30] Beals, K. (2004). *Disordered eating among athletes. A comprehensive guide for health professionals*. Champaign: Human Kinetics.

[31] Hornak, N.J., Hornak, J.E., & Cappaert, T.A. (2004). The athletic trainer and eating disorders: part 1 recognition and prevention. *Athletic Therapy Today*, 9, 42- 43

[32] Ljungqvist et al. (2009). The International Olympic Committee (IOC): Consensus statement on periodic health evaluation of elite athletes. *Clinical Journal Sport and Medicine*, 19, 347-365.

[33] Sundgot-Borgen, J. (1993). Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *International Journal of Sport Nutrition*, 3, 29-40.

[34] Rhea. D.J., Jambor. E.A., & Wiginton. K. (1996). Preventing eating disorders in female athletes. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 67, 66-68.

[35] Dale, K.S. & Landers, D.M. (1999). Weight control in wrestlers: eating disorders or disordered eating? *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31, 1382-1389.

[36] Walberg, J.L., & Johnston, C.S. (1991). Menstrual function and eating behavior in female recreational weight lifters and competitive body builders. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 23, 30-36. [39] Thompson, S.H. (2007). Characteristics of the female athlete triad in collegiate cross-country runners. *Journal of American College Health*, 56, 129-136.

## GLOSSAIRE

**Aménorrhée** : absence de cycle hormonal et de saignements mensuels

**Anorexie** : trouble psychopathologique complexe et spécifique, au cours duquel il n'y a pas de perte de l'appétit mais au contraire une lutte active contre la faim.

**Anorexie mentale** : (du point de vue strictement médical) perte de l'appétit qui peut conduire à la malnutrition et à ses complications.

**Arythmie** : perturbations du rythme cardiaque touchant sa fréquence, sa régularité et l'intensité de ses contractions.

**Bradycardie** : ralentissement du rythme des battements cardiaques. On parle de bradycardie quand le nombre des contractions cardiaques est inférieur à 60 par minute.

**Comportement compulsif** : caractérisé par la répétition persistante d'une action, sans obtenir de récompense ou de plaisir.

**Crise de suralimentation** : absorption en une période de temps limitée (<2h) d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberait en une période de temps similaire (jusqu'à 3000 Calories).

**Etiologie** : Etude des causes et des facteurs d'une pathologie.

**Déséquilibre électrolytique** : concerne un rapport déséquilibré entre les différents électrolytes (sodium, potassium, chlore, calcium, magnésium, phosphore...) et l'eau contenus dans l'organisme.

**Hyperphagie boulimique** : catégorie « discrète des TCA », elle s'apparente à une boulimie sans comportement compensatoire inapproprié pouvant conduire à un surpoids ou une obésité.

**Logique interne** : notion qui a pour but de caractériser une activité physique et ses spécificités. La logique interne « intègre les règles constitutives, l'esprit et la signification essentielle de l'activité physique et sportive » (Parlebas, 1981).

**Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (4<sup>e</sup> version) ou DSM-IV-R** : il s'agit d'un outil de classification qui représente le résultat actuel des efforts poursuivis depuis une trentaine d'années aux États-Unis pour définir de plus en plus précisément les troubles mentaux. Il a été publié par l'Association américaine de psychiatrie en 1994.

**Masse maigre** : ensemble des muscles, des organes et des viscères.

**Masse grasse (vs. masse maigre)** : tissus adipeux.

**Menstruations** : appelées aussi règles, elles correspondent à un écoulement sanguin périodique chez la femme non enceinte, qui a lieu de la puberté à la ménopause.

**Micronutriments** : nutriments dont l'organisme a besoin en petites quantités mais dont le rôle est essentiel pour son fonctionnement et son maintien en bonne santé (ex : vitamines, minéraux tels que le fer, le magnésium, le zinc, etc., acides aminés, acides gras essentiels tel que les oméga 3 et 6, etc.)

**Neurotransmetteur** : molécule libérée par un neurone lors d'une stimulation et se fixant à un récepteur sur un autre neurone, ce qui entraîne la transmission de l'influx nerveux, ou à un récepteur sur une cellule cible, ce qui entraîne divers effets dans un organe.

**Ostéoporose** : caractérisée par une fragilité excessive du squelette, due à une diminution de la masse osseuse et à l'altération de la microarchitecture osseuse.

**Prévalence** : mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné qui s'exprime généralement en pourcentage. Elle s'appuie sur le nombre total de cas présents.

**Sérotonine** : neurotransmetteur jouant un rôle primordial dans le fonctionnement du cerveau, essentiellement ce qui concerne l'humeur, l'émotivité, le sommeil ou encore la faim.

**Stéroïdes anabolisants** : version synthétique de la testostérone, l'hormone sexuelle mâle responsable de la croissance des os et des muscles longs.

**TCA cliniques** : on parle de TCA cliniques lorsque la personne présente tous les critères énoncés par le DSM-IV.

**TCA Subcliniques** : on parle de TCA subcliniques lorsque la personne ne présente qu'une partie des critères du DSM-IV ; mais au moins deux.

**Thérapie cognitivo-comportementale** : représente l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique



## Guide de recommandations

L'activité physique est généralement synonyme de santé physique et mentale. Aujourd'hui, la pratique d'une activité physique est aussi recommandée pour prévenir et participer à la guérison d'un grand nombre de pathologies tels que l'obésité, le diabète et l'asthme. Cependant, dès les années 1980, la communauté scientifique relevait déjà la présence de troubles du comportement alimentaire (TCA) chez les sportifs. Par la suite, la médiatisation du combat livré par la gymnaste internationale américaine, Christy Henrich contre son anorexie mentale qui a mené à son décès, a conduit les autorités américaines à s'emparer du problème. De nos jours, les fédérations sportives et professionnels de la santé s'accordent à dire que la protection des sportifs est incontournable. Lors des derniers Jeux olympiques de Beijing, le comité international olympique a rappelé l'obligation de protéger la santé des sportifs. Dès 1999, la loi du 23 mars relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage, précise l'intérêt du suivi psychologique et depuis l'arrêté ministériel du 16 juin 2006 oblige « de mener un bilan physique et psychologique annuel pour tous les sportifs ayant un statut haut niveau ». Malgré ces efforts, les TCA chez les sportifs sont insuffisamment considérés. Une approche systématique des préventions primaires, secondaires et tertiaires des TCA chez les sportifs s'avère donc indispensable. En effet, si le but de la prévention primaire est de maintenir un état de bien-être physique et psychologique afin que les symptômes de TCA ne puissent se développer, les préventions secondaires et tertiaires visent la réduction, le traitement et la disparition des TCA. Ainsi, pour la première fois en France, ce guide de recommandations de prévention des TCA discrimine deux catégories de pratiques sportives à risque : les sports dits de minceur et les sports dits de prise de poids. L'objectif est de (a) synthétiser et restituer les recherches actuelles sur les TCA chez les sportifs, (b) d'établir des liens entre les résultats des travaux empiriques et les applications pratiques et (c) de proposer des recommandations à mettre en œuvre. Les entraîneurs, les éducateurs, les conseillers techniques, les intervenants en prévention et en éducation pour la santé par l'activité physique (PESAP), les médecins du sport, les diététiciens/nutritionnistes, les psychologues/psychiatres, sont particulièrement visés dans ce document afin de leur apporter tous les éléments utiles à la compréhension de cette problématique.

**A destination des professionnels et/ou  
des bénévoles du sport et de la santé**

