

chapitre 27 : Bigorexie, addiction à l'exercice physique.

INTRODUCTION

Les activités physiques et sportives font partie intégrante de notre modèle éducatif, elles contribuent à l'épanouissement psychosocial de chacun. Elles ne sont pas dénuées d'effets sanitaires positifs et sont le plus souvent sources de plaisirs et d'émotions individuels et partagés. Elles sont particulièrement en vogue depuis les années 1980/90 et deviennent, au-delà des enjeux compétitifs, des produits de consommation planétaires s'inscrivant dans le « soft-power ».

Pour autant, elles présentent des aspects potentiellement délétères lorsqu'elles s'inscrivent dans l'excès ou qu'elles confinent à l'addiction.

Lorsque la maîtrise émotionnelle et corporelle vise la perfection, que l'enjeu soit de nature esthétique et/ou compétitive, certains comportements tendent à devenir inflexibles voire exclusifs et les espaces sportifs, comme non sportifs, de la vie psychique peuvent alors se trouver progressivement envahis voire aliénés.

I. Quelques repères : ___

La bigorexie est le terme couramment utilisé pour définir l'addiction au sport et à l'activité physique. Il apparaît dans les années 1970 avec le concept d'addiction positive (8), où certains comportements considérés comme bénéfiques pour l'individu présentent des incidences négatives : addiction au travail (ou workaholisme) et donc addiction au sport (sportaholisme). Il est cependant difficile d'en dresser des contours clairs et précis, notamment en raison de la proximité qu'il entretient avec d'autres pathologies imbriquées (associées) ou connexes.

Nombre d'auteurs ont utilisé cette appellation pour décrire « **l'anorexie inverse** » où l'individu cherche à optimiser son alimentation et ses exercices physiques dans un but esthétique et/ou pour augmenter sa masse musculaire : « **dysmorphie musculaire** » ou « **complexe d'Adonis** ». Le sport devient ici un moyen de parvenir au corps souhaité, « idéal » (ou fantasmé) surajouté aux restrictions ou suppléments alimentaires (cas typique de la musculation voire du rugby qui associent, au-delà de la prise de muscle et de la force athlétique des performances sportives). On retrouve ici souvent des distorsions cognitives liées à des troubles en lien avec l'image du corps (au même titre que la patiente anorexique restrictive présentera des dysmorphophobies). La personne, bien que musclée, se sent maigre et fragile sur le plan physique.

Nous traiterons ici de la bigorexie comme une addiction au sport et à l'activité physique, nous excluons toutes les formes d'hyperactivité physique (ou intellectuelle) associées à un TCA « natif ».

Nous avons pu travailler antérieurement (9) sur les troubles alimentaires spécifiques et non spécifiés en rapport avec l'activité sportive et pouvions, selon ces travaux, isoler deux autres TCA rattachés au registre sportif :

- ✓ **L'anorexie athlétique** qui consiste en une perte et un strict maintien de poids dans un but de performance sportive : « l'anorexique à poids constant ». Il s'agit d'un trouble du comportement alimentaire qui prend racine dans le besoin pour l'athlète de performer, d'atteindre un ratio poids/performance optimal (6).
- ✓ **L'orthorexie**, autre trouble du comportement alimentaire consistant à ne consommer uniquement des aliments intéressants d'un point de vue nutritionnel et en relation avec une représentation idéalisée (et réductrice) du concept de santé (type régime « Végan ») au service soit de la performance, soit de l'esthétisme, soit des deux.

La bigorexie n'est pas inscrite dans le DSM 5, probablement du fait que les études sur le sujet, ne permettent pas de dégager des critères validés et stables.

Il apparaît donc difficile d'établir des critères précis et fiables pour déterminer où commence l'addiction dans la pratique de sport excessif (1). Il existe cependant de nombreuses échelles de mesure de la bigorexie (**critères de la dépendance à l'exercice de D.Veale en 1991**), et la reconnaissance comme pathologie reste récente (OMS 2011).

II. Terrain, facteurs de vulnérabilité, de développer une bigorexie :

Différents facteurs observables dans le sport sont impliqués dans l'initiation, l'accrochage voire le renforcement de cette conduite de dépendance.

A. FACTEURS NEUROBIOLOGIQUES

Fellman N. (5) évoque une libération d'endomorphines en réponse au stress que représente l'exercice musculaire. Cela s'exprime par le besoin d'augmenter le nombre de kilomètres parcourus, ainsi que l'intensité de la course (ou le rythme) pour obtenir l'effet euphorisant recherché. L'arrêt de l'entraînement induit des perturbations du sommeil, une augmentation de l'anxiété et des modifications de comportement, ce qui est souvent comparé à un syndrome de manque.

Cette augmentation d'endorphine peut jouer un rôle dans l'initiation d'une conduite de dépendance, ou bien elle peut avoir un effet « renforçateur » qui rendrait toute modification comportementale plus difficile.

Le sport pratiqué intensivement produit de nombreuses autres modifications neurobiologiques et hormonales (avec notamment augmentation de l'ACHT et du cortisol circulant, et activation du système nerveux sympathique par l'augmentation des catécholamines et de la métenképhaline) (5), qui pourraient également jouer un rôle dans l'initiation ou le renforcement des comportements addictifs, indépendamment ou en interaction avec l'augmentation d'opioïdes endogènes.

B. FACTEURS SOCIOCULTURELS ET ENVIRONNEMENTAUX

Certains facteurs sociaux de même que l'influence du milieu sportif peuvent apparaître comme des facteurs de vulnérabilité dans l'initiation d'une bigorexie.

L'exigence de performance et l'obligation de résultats qu'implique le projet sportif de haut niveau soumettent ses acteurs à une inscription comportementale où la maîtrise corporelle, émotionnelle et pulsionnelle sont de rigueur.

Lorsque le passage des investissements narcissiques aux investissements objectaux est rigide et que le sportif ne peut suffisamment s'étayer sur son entourage, il devient dépendant des différents systèmes pare-excitants qu'il a mis en place et rend difficile le passage à un corps sexué adulte.

La façon dont s'articulent les changements sociaux et les comportements individuels suppose une série de relais parmi lesquels la famille est sûrement une plaque tournante essentielle. Le surinvestissement des parents dans la carrière sportive de leur enfant nous semble parfois être un facteur de vulnérabilité.

La place prise par l'entraîneur et le rôle et l'influence des pairs peuvent également être déterminants quant à l'évolution de l'adolescent dans cette « nouvelle famille » sportive. L'individuation doit pouvoir s'envisager, de même que la rencontre avec l'autre sexe afin de s'inscrire dans une génitalité secondaire, sans fixation à une identité sportive toute-puissante.

Par ailleurs, dans une tentative d'égaliser les chances de succès et soumis à la pression du milieu (coéquipiers, entraîneurs, sponsors...), le sportif pourra s'initier à la consommation de différents produits, dans lesquels il recherchera le plus souvent une amélioration de ses performances mais aussi un moyen de s'évader ou une aide médicamenteuse pour mieux façonner son corps.

C. FACTEURS LIÉS À L'INDIVIDU

Selon le vécu évènementiel du sujet pendant son enfance, qu'il s'agisse de troubles somatiques ou psychiques (hyperactivité avec troubles de l'attention, dépressivité, plaintes psychosomatiques...), des événements de vie traumatiques (conflits, deuils, séparation traumatique, abandon, défaillance du cadre éducatif, antécédents de troubles psychiatriques ou addictifs chez les parents, abus sexuels...) ou des carences affectives précoces, le sujet peut être dans l'incapacité d'élaborer, à l'adolescence, l'angoisse de séparation autrement que 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. » (3), afin de retrouver un semblant de sécurité interne.

Des facteurs bio-psycho-comportementaux ont été mis en évidence, notamment depuis les travaux de M. Zuckerman (17) concernant le concept de « recherche de sensations », impliquant le besoin d'expériences nouvelles, de sensations fortes, de changement, d'activités susceptibles de maintenir un niveau élevé d'activation corticale comme étant certains des facteurs initiateurs possibles de la bigorexie.

Cette recherche de risque qui implique l'affrontement symbolique à la mort et qui procure un sentiment intime de contrôle de soi et/ou de son environnement est souvent retrouvée chez le sportif. Nous touchons ici à la dimension ordalique du sport qui peut donc participer à l'initiation d'une conduite addictive, voire à sa persistance comme dans ce fantasme de vie éternelle porté par les valeurs de l'Olympisme : « **plus haut, toujours plus loin, toujours plus fort !** ».

III. Facteurs de risques et complications :

A. LES RISQUES PHYSIQUES

L'adolescent pubère se voit doté de capacités physiques qui encouragent à la performance. Cependant, ce corps en croissance peut souffrir irréversiblement à la suite d'un surentraînement sportif qui peut s'apparenter, lorsqu'il est extrême, à une véritable « maltraitance physique ».

Près de 20 à 25 % des fractures peuvent être imputées à un entraînement intensif. Mais le sport n'est pas seulement à l'origine de traumatismes aigus même si ce sont les plus fréquents. Les traumatismes chroniques (ostéochondroses, tendinites, troubles de croissance, etc.) sont en fait les problèmes les plus redoutables. Ces traumatismes aigus ou chroniques sont liés à l'effet concomitant de la pratique sportive intense sur la morphologie en évolution de l'adolescent.

B. LES RISQUES PSYCHOLOGIQUES

1. Syndrome du «burn-out », ou syndrome de surentraînement :

Le syndrome de surentraînement, lié le plus souvent aux sports d'endurance, apparaît à partir de trois semaines d'entraînement excédant les besoins de récupération de l'organisme. Il associe une baisse durable des performances sportives, une fatigue chronique (physique et psychologique), une augmentation de fréquence des infections, une diminution des fonctions reproductives, des blessures et

accidents à répétition, dont la classique fracture de fatigue, qui signe le dépassement de la frontière entre l'extrême et l'excès. Le mécanisme est complexe, faisant intervenir des facteurs psychologiques, immunologiques et endocriniens.

Ce syndrome se définit donc comme une réponse psychophysiologique à un abus d'entraînement.

2. Syndrome de réussite par procuration

Pour certains enfants, la pratique sportive répond à une exigence parentale. Selon Meadow (13), certains parents surinvestissent et sur-stimulent les talents et la réussite de leurs enfants dans des domaines variés (sport, musique, etc.) au point de conditionner l'amour parental à ces expériences de succès. Différents signaux d'alerte ont été décrits : le *pseudo altruisme*, l'*instrumentalisation* et la *maltraitance*. Concernant le *pseudo altruisme*, toute la vie familiale est subordonnée à la « carrière » de l'enfant prodige. Les parents peuvent aller jusqu'à déménager, changer de travail pour assurer leur fonction de coach vis-à-vis de leur enfant. Dans l'*instrumentalisation*, les parents ne font plus la différence entre leurs propres besoins de réalisation et de succès et ceux de leurs enfants. Ces derniers deviennent alors un moyen d'atteindre un objectif donné ; souvent, les parents mettent en avant l'indépendance (financière et affective) de leurs enfants, il s'agirait en fait d'une « pseudo autonomie ». La *maltraitance* enfin, peut correspondre à l'induction ou au renforcement de troubles du comportement alimentaire (injonctions répétées de perte de poids, etc.), à un entraînement forcé malgré des fractures ou une fatigue chronique.

3. Les états névrotiques

Ils sont essentiellement représentés par les névroses d'échec. Les patients rencontrés multiplient les abandons et les échecs : gagner deviendrait synonyme de solitude. Réussir presque protège donc d'un sentiment de solitude absolue qui renvoie aux situations archaïques de naissance et de mort, cela protège de se retrouver perdu dans l'inconnu du record, au-delà de ses limites.

4. Les états dépressifs

Il semble que les états dépressifs constitués soient relativement rares pendant la carrière des sportifs, ce qui ne préjuge pas de l'incidence de ce trouble dans l'après carrière.

5. Les conduites dopantes

Selon P. Laure (10) : « une conduite dopante se définit par la consommation d'un produit pour affronter ou surmonter un obstacle réel ou ressenti par l'usager ou par son entourage dans un but de performance ».

S'intéresser à la consommation dans un but de performance revient à s'intéresser à un comportement, c'est-à-dire à un individu, à une personne dans son environnement, et pas uniquement à un produit, à l'image de ce qui prévaut en matière de conduites addictives.

Le dopage est décrit par certains comme une nouvelle forme de toxicomanie spécifique aux sportifs, et qui constituerait à terme, pour certains sujets fragiles, une porte d'entrée vers l'addiction.

6. Les troubles du comportement alimentaire

De nombreuses études (2,15,16) ont souligné la prévalence des troubles du comportement alimentaire sub-cliniques chez les sportifs en comparaison avec les non sportifs (32.9% des sportifs en sport études ont des TCA sub-cliniques). Ils sont sur-représentés dans les sports pour lesquels la minceur joue un rôle important que ce soit pour des raisons esthétiques ou de performance.

7. L'addiction à l'exercice physique

La satisfaction recherchée dans l'acte sportif est celle d'un dépassement des limites du corps à travers la performance psychomotrice, elle aboutit à un état modifié de conscience où il s'agit de « s'éclater », de « se défoncer » proche de celui retrouvé dans la toxicomanie.

Dans ces pratiques où l'on retrouvera des composantes tels la libération de tensions intérieures, la recherche de limites corporelles, le plaisir ritualisé de l'épreuve physique, la perte de contrôle, le temps consacré au détriment des activités sociales, familiales ou scolaires ou encore l'inscription

effrénée dans des situations de plus en plus dangereuses, la parenté avec le modèle des addictions « sans drogue » devient de plus en plus évidente. Lorsque ces comportements deviennent une exigence devant l'objectif de performance et qu'ils s'inscrivent dans une maîtrise corporelle et émotionnelle toujours plus parfaite, qu'ils deviennent inflexibles, répétitifs, exclusifs, avec cette nécessité renouvelée de maîtrise de soi et de l'environnement, ils deviennent alors piégeants et signent la pathologie. Le plaisir à découvrir de nouvelles possibilités cénesthésiques et psychomotrices, se retrouve progressivement remplacé par une contrainte, et le désir par un besoin d'éprouver son corps en mouvement, comme pour se prouver qu'on existe.

Par ailleurs, le contrôle du corps que l'on retrouve également chez de nombreuses anorexiques et qui accompagne l'entraînement sportif peut également conduire à une restriction des affects sur le mode d'un fonctionnement opératoire, alexithymique comportant une dimension auto-érotique (14).

D'autres auteurs ont pu rapprocher la pratique intensive du jogging avec les comportements boulimiques : Chan (4) note que ces épreuves physiques s'inscrivent dans une dynamique de la dépense, avec augmentation de la tolérance à la souffrance, le sujet devenant dépendant d'une excitation physique, musculaire qu'il auto-entretient dans la croyance que l'activité sportive est bénéfique pour sa santé.

Des symptômes de sevrage sont classiquement décrits par les sportifs privés de leur activité (soit à la suite d'une blessure ou lors d'une période de vacances) pendant plus de trente-six heures : au-delà d'une fatigue générale, on peut retrouver une tension interne croissante, les rendant nerveux et maussades, agités, irritables, insomniaques. Cette symptomatologie s'amende et les patients expriment un soulagement à la reprise d'activité.

Ainsi le sportif peut, dans certaines conditions, se retrouver subordonné à ses activités physiques. Cette modalité de fonctionnement physique et psychique est le plus souvent opérante dans le contexte de la société sportive. Hors ce champ, elle est inadaptée et traduit une souffrance dans la croissance psychique du sujet, et c'est souvent au décours de sa carrière qu'il s'expose au vide, celui de sa vie qui n'est plus articulée autour de ses entraînements, des stades, des compétitions, des relations avec ses condisciples, celui du manque physique et psychique.

C. RISQUES A LONG TERME

Rares sont les études qui s'intéressent aux sportifs de haut niveau après leur retraite. C'est pourtant à l'arrêt de la compétition que les risques nous semblent les plus grands sur le plan psychique.

En effet, les situations psychopathologiques que nous avons décrites jusqu'alors s'expriment peu pendant la carrière des sportifs ou sont tout au moins bien tolérées par la société sportive et par les sportifs eux-mêmes. Elles ne sont que rarement l'occasion d'une plainte ou d'une demande de consultation. Elles peuvent même passer inaperçues, voire encouragées par l'entourage tant que les résultats suivent. Elles peuvent d'ailleurs aboutir au tableau du personnage « normopathe hypernormal » décrit par J. Mac Dougall (12), hyperconforme à ses conditions de vie, apparemment simples et sans complications. Ainsi certains sportifs feront preuve d'une « trop belle adaptation » au cadre technoscientifique au point d'en devenir dépendant, avec rigidification de leurs mécanismes de défenses.

W. Lowenstein (11) a montré, dans une enquête rétrospective portant sur les antécédents d'activité physique et sportive chez les personnes suivies pour addictions (toxicomanie ou alcoolisme), qu'une proportion importante des sujets inclus (117 personnes sur un échantillon de 1111, soit 10,5 % de l'échantillon) a déclaré avoir pratiqué un sport au niveau national ou international. Cette proportion a été confirmée récemment par M. Fron (7). Ainsi la psychopathologie sportive est sans doute sous-évaluée à l'heure actuelle, car ne sont pas pris en compte les évolutions pathologiques des sportifs de haut niveau après leur cessation d'activité. Le risque de glissement vers d'autres objets addictifs existe de même que l'évolution vers la dépression, notamment lorsque le travail de séparation et de deuil ne pourra se réaliser dans de bonnes conditions.

CONCLUSION :

Notre société véhicule des représentations idéalisées de l'objet « sport » qui doit la représenter dans le défi de la vie contre la mort et illustrer la toute-puissance des créations humaines.

Le sportif est ainsi projeté dans cette nécessité de devoir mettre en scène, aux yeux de tous, cette image performante. Il doit pour cela toujours repousser les limites de l'exploit et ses propres limites, il se trouve assisté dans son projet par une organisation technoscientifique dont il devient dépendant.

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. Mais le sportif sait-il à quels risques il s'expose ?

L'attention des milieux familiaux, sportifs, médicaux et des équipes de prévention (type Antennes Médicales de Prévention des Conduites Dopantes) sont actuellement les meilleurs remparts devant ce phénomène.