



PRÉVALENCE DE L'ANOREXIE ATHLÉTIQUE CHEZ LES JUDOKATES ALGÉRIENNESⁱ

Bensalah Tayebⁱⁱ

Laboratoire SPAPSA,
Université d'Alger,
Algérie

Résumé :

Le but de cette recherche c'est d'étudier les différents troubles alimentaires dont sont sujet les athlètes et en particulier cas de l'anorexie athlétique chez les judokates algérienne de haut niveau (niveau national) comparativement à des sujets sédentaires de sexe féminin de même âge. L'étude faite sur 35 sujets (15 sportives et 20 sédentaires), avec une évaluation de l'anorexie athlétique sur cette population on utilisant le test de SCOOF, un questionnaire administré à l'ensemble de la population cible et après collection des informations concernant les habitudes alimentaires les antécédents personnels, les résultats ont révélés que 70 % des judokates ont un test de SCOOF + avec une prévalence de développer une anorexie athlétique de 40 % chez les judokates comparativement au reste de la population d'étude, les sédentaires par contre ne présentaient pas de risque de développer une anorexie athlétique.

Mots clés : prévalence, anorexie athlétique, judo

Abstract:

The purpose of this research is to study the various eating disorders that are the subject of athletes and in particular the case of athletic anorexia in high-level Algerian judokas (national level) compared to female sedentary subjects as well. The study was conducted on 35 subjects (15 sporting and 20 sedentary), with an evaluation of athletic anorexia on this population using the SCOOF test, a questionnaire administered to the entire target population and after collection of information concerning food habits personal history, the results revealed that 70% of judokas have a SCOOF + test with a prevalence of developing 40% athletic anorexia in judokas compared to the rest of the study population, the sedentary ones on the other hand did not present a risk of developing athletic anorexia.

ⁱ PREVALENCE OF ATHLETIC ANOREXIA IN ALGERIAN JUDOKAS

ⁱⁱ Correspondence: email tayeb.bensalah@gmail.com

Keywords: prevalence, anorexia athletica, judo

1. Introduction

Le sportif en général, présente une pression du fait de l'entraînement sportif, et de l'entraînement spécifique des contraintes physique de la restriction alimentaire pour une harmonie du corps et pour une meilleure performance (optimale), du désir de concrétiser ses efforts pour l'obtention de résultats. L'ensemble de ces contraintes peu aboutir parfois a des troubles du comportement alimentaire, terme général qui regroupe plusieurs entités dont l'anorexie athlétique.

L'anorexie athlétique est peu connue du monde sportif, elle fait partie des troubles du comportement alimentaire non spécifiés, elle comporte quelques critères partagés avec la boulimie ou l'anorexie mais le poids reste le plus souvent dans les limites de la normale.

Elle peut être définie comme la réduction volontaire du poids corporel dans le but d'augmenter la performance, liée à la restriction volontaire des apports énergétiques. Dans l'anorexie athlétique la minceur, n'est qu'un moyen pour atteindre la performance.

Selon Sundgot-Bergen, l'anorexie athlétique regroupe l'ensemble des comportements alimentaires subcliniques présentés par des sportives pour lesquels un trouble réel du comportement alimentaire n'est pas défini, mais qui utilisent au moins une méthode de contrôle pondéral tel que le jeûne, les vomissements provoqués, prise des laxatifs ou de diurétiques, sauna, voire prise de stéroïdes et de caféine.

2. Problématique

Beaucoup de judokates cherchent à perdre du poids pour changer de catégories, et augmenter leur chance de succès en compétition. Pour ce faire, elles entreprennent des régimes amaigrissant susceptibles de créer des désordres physiologiques préjudiciables à leur santé et à leur performance.

Les stratégies de restriction alimentaire en utilisant des méthodes excessives de perte de poids pouvant engendrer à terme l'anorexie athlétique chez les judokates prédisposées.

On comparant l'anorexie athlétique chez les judokates algérienne de haut niveau par rapport aux sujets du même sexe et même âge mais sédentaire, la prévalence de l'anorexie athlétique serait-elle la même ?

Le but de notre protocole a donc été d'évaluer la prévalence de l'anorexie athlétique dans une population de sportives algériennes pratiquant du judo à un niveau national, comparée à celle de sédentaires.

3. Cadre conceptuel

3.1 Définition des troubles du comportement alimentaire

Souvent appelés désordres alimentaires ou trouble des conduites alimentaires

C'est l'ensemble de troubles caractérisés par des perturbations psychologiques et des désordres physiologiques de l'appétit et/ou de la consommation alimentaire, associé à des troubles de l'image du corps émergeant majoritairement à l'adolescence. (Chapelot, 2013)

Les troubles du comportement alimentaire est une entité psychopathologie aboutissant à une perturbation grave et persistante des comportements alimentaires associée à un comportement de contrôle de poids qui dégrade significativement la santé physique et le fonctionnement psychosocial d'une personne (Faiburn, 2003)

3.2 Anorexie mentale

Elle se caractérise 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.

Il existe des critères qui permettent de diagnostiquer une anorexie mentale (APA, 2000).

- Perte de poids supérieure ou égale à 15 % du poids normal ;
- Des troubles de l'image du corps influençant à l'excès de soi ;
- Une peur intense de grossir ;
- La présence d'aménorrhée chez les filles ou perte de puissance érectile chez les garçons.

3.3 La boulimie

Elle se définit par la présence d'épisodes d'ingestion impulsive et répétitive de quantité de nourriture, également nommés crise de boulimie, et suivie 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. (APA, 2000).

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.

3.4 Anorexie sportive ou anorexia athletica :

Anorexie spécifique du monde sportif, elle se caractérise par la limitation consciente du poids corporel dans le but d'améliorer les performances sportive. Il s'agit de trouble

alimentaire sub-clinique lié à une activité sportive excessive, la perte de poids est très progressive et non rapide à la différence de l'anorexie mentale où la perte de poids est d'installation plus rapide et les signes cliniques sont évidents.

Dans l'anorexie sportive on ne retrouve pas de distorsion de l'image corporelle, l'athlète recherche plutôt une corpulence compatible avec une performance sportive optimale.

L'anorexie sportive est diagnostiquée en présence de trois troubles médicaux :

- Une anorexie ;
- Une aménorrhée ;
- Une ostéoporose.

3.5 Facteurs expliquant les TCA

Il existe plusieurs facteurs influençant les troubles du comportement alimentaire chez le sportif, et qui peuvent être regroupés en trois groupes de facteurs :

A. Facteurs biologiques

- L'origine ethnique ;
- Age entre 12 et 18 ans ;
- Sexe nette prédominance féminine ;
- 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'endorphine.

B. Facteurs 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 ;
- Une faible estime de soi ;
- Image du corps négative ou insatisfaction de son poids ;
- Régime répété ou chronique.

C. Socioculturels

- Société industrielle prônant la minceur.
- Dysfonction familiale favorisant les talents et la réussite de leurs enfants ou leurs imposant une pression pondérale relative à la masse maigre.
- Entraîneurs, éducateurs, conseillers techniques induisant une pression pondérale relative à la masse maigre.
- Co-équipiers
- Pratique sportive centrée sur le poids.
- Événements de vie pouvant influencer le sportif en ce qui concerne son poids.
(Tricoire, 2010)

3.6 Aspects épidémiologiques

- 8 millions d'américains souffriraient de TCA ;
- 1 femme sur 100 d'anorexie mentale ;

- 95 % des personnes qui souffrent de TCA ont entre 12 et 25 ans.
- Les TCA ont la plus forte mortalité de toutes les pathologies mentales.
- Seule un anorexique sur 10 est traité. (CHAPELOT, 2013).

3.7 Détection des TCA

- Cliniquement signe de RUSSELL
- Dermabrasions ou callosité sur le dos de la main : frottement répétée des dents lors des vomissements auto induits.
- Érosion dentaires dues aux vomissements.

3.8 Classification des TCA

Concernant les troubles du comportement alimentaire chez le sportif, il faut dire qu'il ya plusieurs classifications :

- Les sports dits de minceurs versus ceux dits de prise de poids
- Les sports de formes corporelles longilignes versus ceux de formes corporelles (normales)
- Les sports pour les quelles on observe une préoccupation pour un poids faible versus ceux sans préoccupation pour un faible poids
- Les sports répertoriés en 06 catégories comme les sports d'endurance, les sports esthétiques, ceux à catégories de poids, ceux de balles, ceux de puissances, ceux de techniques et ceux d'antigravitation.

Sports dits de minceurs	Sports dits de prise de poids
Sports à visée esthétiques Danse, ballet, gymnastiques, natation synchronisée, patinage artistiques, plongeon. Sports d'endurance : Course de fond (marathon, demi fond,...), cyclisme natation, ski, équitation, aviron, canoë kayak, cross, biathlon, décathlon, Sports d'antigravitation Escalade, sauts à la perche, en hauteur, en longueurs, triple saut.	Sports dits de prise de poids Sports de puissance, lancers de poids, marteau, javelot, sprint, saut de haie, course de relais, ski alpin, bobsleigh/luge. Sports à catégories de poids Judo, boxe, karaté, taekwondo ; jujitsu voile, haltérophilie, lutte, kickboxing

Tableau 1 : répartition des sports en fonction de sports dits de minceurs versus sports dits de prise de poids.

4. Méthodologie

La population était composée de 35 sujets (15 judokates de niveau national et 20 sédentaires) dont les caractéristiques anthropométriques sont présentées dans le Tableau 1. Les judokates étaient de niveau national et pratiquaient leur activité plus de 10 heures par semaine.

	Nombres	Âges (années)	Poids (kg)	Tailles (cm)	IMC (kg/cm ²)
sédentaires	20	20,4±3,0	53,1±5,2	166,1±6,8	18,7±1,2
Judokates	15	17,1±1,1	56,8±6,5	164,1±4,9	20,9±2,2

Tableau 2 : Caractéristiques de la population d'étude (moyenne et déviation standard)

4.1 Mesures

Un questionnaire auto administré a été distribué à l'ensemble des participantes et a permis de collecter des informations concernant leur entraînement (volume, années de pratique), leur comportement alimentaire (fréquence de régimes, utilisation de purge, vomissement), l'histoire menstruelle. La prévalence d'anorexie athlétique a été évaluée à partir du Test SCOFF.

4.2 Le Questionnaire Sick, Control, One, Fat, Food (SCOFF)

Le Questionnaire SCOFF évalue les 5 dimensions de son acronyme. Il est facile d'utilisation et permet de suspecter une anorexie ou une boulimie.

Le SCOFF comprend donc cinq questions :

- S pour *sick* (vomir) : vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
- C pour *control* (contrôle) : vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
- O pour *one stone* (*stone* : unité de poids anglaise = 6,348 kg) : avez-vous perdu récemment plus de 6 kg en 3 mois ?
- F pour *fat* (gros) : pensez-vous que vous êtes grosse alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
- F pour *Food* (nourriture) : diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?
- La mesure est de type dichotomique (0 : Non ; 1 : Oui). Une réponse positive à au moins 2 des 5 questions établit une sensibilité à 100% pour l'anorexie et la boulimie avec une spécificité de 87,5 %.

4.2.1 Paramètres anthropométriques

Le poids des sujets a été évalué avec une tolérance de 0,1 kg à l'aide d'une balance portable digitale. La taille a été mesurée avec une tolérance de 0,1 cm à l'aide d'une toise. A partir de ces mesures a été calculé l'indice de masse corporelle (IMC).

4.2.2 Analyse statistique

Dans notre étude, nous avons utilisé l'analyse statistique descriptive, les résultats sont exprimés en moyenne \pm déviation standard. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0.05$. Les statistiques ont été réalisées au moyen du logiciel SPSS version 12.1.

4.3 Analyse des résultats

Le tableau 2 présente les caractéristiques des sujets (population cible), montre qu'il n'y a pas de différence significative concernant les valeurs de l'IMC entre Judokates et Sédentaires ($p < 0.05$).

En ce qui concerne le volume d'entraînement

Concernant le volume d'entraînement de nos Judokates, ces dernières s'entraînent en moyenne 12.4

4.3.1 Volume d'entraînement

Les judokates s'entraînaient en moyenne $12,4 \pm 1,2$ heures par semaine.

4.3.2 Age de ménarchie et troubles du cycle menstruel

L'âge d'atteinte du ménarchie était similaire entre judokates et sédentaires (Tableau 2). 20 % de judokates présentaient des troubles du cycle (aménorrhée secondaire).

4.3.3 Questionnaire

30% des judokates avaient recours au vomissement, laxatifs et sauna pour perdre du poids. 50% des judokates percevaient une pression pour perdre du poids. Cette pression est moins importante chez les sédentaires. 25% des judokates ressentaient une pression pour perdre du poids, cette pression émanant pour 10% des coaches, 25% de leurs partenaires d'entraînement et 25% d'eux-mêmes.

Tableau 3
Pourcentage et nombre des femmes atteignant le seuil reflétant l'anorexie athlétique et ayant des troubles du cycle menstruel. L'âge de la ménarchie est également reporté (moyenne et déviation standard).

	Pourcentage SCOOF positif (n)	Trouble du cycle pourcentage(n)	Age du ménarchie (an)
Sédentaires	0 (0)	5 (1)	$13,0 \pm 1,0$
Judokates	70 (10)	20 (3)	$13,0 \pm 1,6$

Tableau 3 : Caractéristiques de la population d'étude (moyenne et déviation standard)

4.3.4 Comportement alimentaire

70 % des judokates (10) présentaient un Test de SCOFF positif. 20 % des sportives qui présentaient un Test de SCOFF positif déclaraient avoir des troubles du cycle menstruel.

5. Discussion

Le but de notre étude était d'évaluer la prévalence de l'anorexie athlétique dans une population de sportives pratiquant du Judo à un niveau national.

La majorité des études ont montré que le risque de développer des troubles alimentaires comme l'anorexie athlétique était plus important chez les sportives par rapport aux sédentaires qui ne présentaient aucun trouble alimentaire. Dans notre étude, les judokates avec un Test de SCOFF positif souffraient aussi de perturbation du cycle menstruel.

L'association de l'anorexie athlétique, cycle menstruel, ostéoporose, connue sous le terme de la triade de la sportive, peut avoir des conséquences délétères sur la santé, il semble important que les judokates souffrant de troubles alimentaires et menstruels aient un suivi médical complet.

5.1 Conclusion

Malgré un nombre relativement restreint de sujets comparativement à d'autres études étrangères, cette étude donne des informations intéressantes sur la prévalence de l'anorexie athlétique au sein d'une population sportive algérienne de niveau national. Nos résultats sont en accord avec les données de la littérature étrangère. La prévalence de l'anorexie athlétique serait plus importante chez les judokates que chez les sédentaires.

De plus, il paraît important, dans un but de prévention, que les judokates à partir d'un certain niveau de performance, aient un suivi régulier incluant une évaluation psychologique et un suivi nutritionnel des judokates, comme cela est théoriquement demandé dans le cadre du suivi longitudinal des judokates inscrites sur les listes de haut niveau.

Bibliographiques :

A. Articles de revue/journal article

1. Afflelou, S. (2009).place de l'anorexia athletica chez la sportive intensive. Archives de Pédiatrie, 16,88-92.
2. Filaire, F. & Rouveix, M. (2008). Troubles du comportement alimentaire chez le sportif. Revue générale Science et sports 23-08.
3. Gadpaille, F. & Sanborn, M. (1987). Athletic Amenorrhea 'major affective disorders and eating disorders. Am. J. Psychol. 144-87.
4. Koszowski, W. & Buxton, B. P. (1997). Risk factors for disordered eating in athletes. Athletic therapy today, 7-11.
5. Marjorie, M. & Elizabeth, S. (2009). Etude longitudinale des effets de la motivation sportive sur les Troubles des conduites
6. Alimentaires chez les adolescentes. L'évolution psychiatrique, Elsevier Masson SAS.
7. Sundgot-Borgen, J. 1993. Prevalence of eating disorder in elite female athletes. International journal of sport, 3, 29-40.

B. Livre/Book

1. Caroline, P. (2009). Le sport au féminin: pathologies féminines liées au sport. France: Edition Chinon.
2. Elisabeth, B. G. & Bernard, B. (2007). Médecine du sport. France : Edition Elsevier Masson.
3. Elisabeth, T. & Evelyne, D. F. (2005). Gynécologie de l'adolescente. France : Edition Masson.
4. Hugues, M. & Roland, F. (2007).Physiologie du sport : Bases physiologiques des activités physiques et sportives. France : Edition Elsevier Masson.
5. Silbernagl, S. & Despopoulos, A. (2004). Atlas de poche de physiologie. France : Edition médecine-sciences Flammarion.

6. Thierry, A. (2012). Gynécologie du sport risques et bénéfices de l'activité physique chez la femme. France : Edition Springer-Verlag.

Creative Commons licensing terms

Authors will retain the copyright of their published articles agreeing that a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) terms will be applied to their work. Under the terms of this license, no permission is required from the author(s) or publisher for members of the community to copy, distribute, transmit or adapt the article content, providing a proper, prominent and unambiguous attribution to the authors in a manner that makes clear that the materials are being reused under permission of a Creative Commons License. Views, opinions and conclusions expressed in this research article are views, opinions and conclusions of the author(s). Open Access Publishing Group and European Journal of Physical Education and Sport Science shall not be responsible or answerable for any loss, damage or liability caused in relation to/arising out of conflict of interests, copyright violations and inappropriate or inaccurate use of any kind content related or integrated on the research work. All the published works are meeting the Open Access Publishing requirements and can be freely accessed, shared, modified, distributed and used in educational, commercial and non-commercial purposes under a [Creative Commons attribution 4.0 International License \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).