

DÉMYSTIFIER LES LIENS ENTRE L'ADDICTION AU SPORT ET LES TROUBLES DU  
COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

par  
Véronique Collin

Mémoire déposé à  
l'École de service social  
en vue de l'obtention de la maîtrise en service social  
  
sous la direction du professeur Nicolas Moreau

Université d'Ottawa

Le 22 août 2019

## REMERCIEMENTS

Réaliser un mémoire de recherche est un long processus qui demande un grand investissement de soi, de la patience et de la persévérance. Toutefois, pour atteindre le fil d'arrivée, il est essentiel d'être bien entouré. Je veux profiter de l'occasion qui m'est offerte pour remercier les personnes qui m'ont soutenue tout au long de mon parcours.

Tout d'abord, je tiens à remercier les participants de la recherche sans qui ce projet n'aurait pu exister.

Je tiens ensuite à remercier mon directeur, Nicolas Moreau. Merci pour ton temps, ta générosité, ton support continu et ta disponibilité. Tes questionnements et commentaires m'ont permis de me pousser intellectuellement et m'ont encouragé à approfondir mon analyse. Et surtout, merci de m'avoir fait confiance dans l'écriture d'un mémoire qui s'inscrit au sein d'un de tes projets de recherche.

J'aimerais remercier le corps professoral de l'École de service social que j'ai côtoyé au cours de mes études de deuxième cycle, le personnel administratif de l'École de service social et mes collègues de la maîtrise. J'aimerais particulièrement remercier Nathalie L. pour son support continu et inestimable.

Merci à Solange et Gérard McNeely pour leur bourse généreuse, je promets de partager et me battre pour la francophonie en Ontario tout au long de ma carrière et dans mon quotidien.

J'aimerais aussi remercier mes parents qui m'ont soutenue tout au long de mon parcours académique, ainsi que tous mes amis pour leur encouragement, leur compréhension de mon horaire chargé et les moments de détente.

À ma meilleure amie et confidente, Sabrina R., merci d'être toujours là, en toute circonstance, je ne serais pas ici sans toi. Mes derniers remerciements sont dédiés à Simon, mon complice de vie. Merci pour ton encouragement soutenu, pour m'avoir tant de fois rassurée, et surtout, pour ton âme calme qui a su me garder saine d'esprit. À vous toutes et toutes, merci d'avoir fait partie de cette grande aventure qui se termine, enfin!

## RÉSUMÉ

Bien s'alimenter et faire du sport sont deux pratiques valorisées socialement. Toutefois, les troubles du comportement alimentaire et l'addiction au sport sont des problématiques également omniprésentes dans la société aujourd'hui. Plusieurs études scientifiques plus ou moins récentes présentent ainsi des liens complexes entre le sport et les troubles du comportement alimentaire (TCA). Cependant, il existe peu d'études en tant que telles sur l'addiction au sport, étant donné l'émergence récente de ce concept et conséquemment les recherches sur les liens entre l'addiction au sport et les TCA sont encore moins nombreuses. La littérature scientifique nous a tout de même permis d'observer que, pour certains, l'addiction au sport serait le trouble primaire et les le trouble secondaire, alors que d'autres défendent la théorie inverse (Afflelou, 2009 ; Filaire, Rouveix, Bouget, & Pannafieux, 2007 ; Hausenblas & Symons Downs, 2002 ; Kern, 2007a ; Maugendre et al., 2009 ; Seznec, 2008 ; Veale, 1991). De ce fait, nous n'avons pas pu observer de consensus sur cette question. Afin d'explorer la qualité et la complexité, des liens existent entre ces deux troubles, nous avons opté pour une approche sociologique et qualitative au travers de la réalisation d'entretiens semi-directifs (n=3). Ainsi, à l'aide de la théorie des niches écologiques de Ian Hacking (1998), il fut possible de déterminer que l'addiction au sport et les TCA répondent aux quatre vecteurs : taxonomie médicale, observabilité, polarité culturelle et désir d'évasion faisant de ces troubles des « maladies mentales transitoires ». Nos résultats ont également montré que les TCA émergeaient généralement en premier. Dans ce contexte, la pratique addictive du sport fut un moyen de gérer le poids et l'allure corporels. Ces résultats nous ont permis de conclure qu'il existe des liens entre l'addiction au sport et les TCA.

Mots-clés : addiction au sport; troubles du comportement alimentaire (TCA); méthodologie qualitative; théorie des niches écologiques; normes sociales.

# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	2
<b>RÉSUMÉ</b> .....	4
<b>INTRODUCTION</b> .....	9
<b>CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE</b> .....	12
1.1 Troubles du comportement alimentaire (TCA).....	12
1.1.1 Histoire des TCA .....	12
1.1.2 L'anorexie mentale .....	16
1.1.3 La boulimie .....	18
1.1.4 L'hyperphagie boulimique .....	19
1.1.5 Les TCA affectent majoritairement le sexe féminin .....	22
1.2 « Addiction au sport ».....	23
1.2.1 Définitions et caractéristiques de l'addiction au sport .....	24
1.2.2 Outils de mesure de l'addiction au sport.....	27
1.2.3 Place de l'addiction au sport dans le DSM .....	29
1.2.4 Statistiques .....	29
1.3 Liens entre les TCA et l'addiction au sport .....	30
1.3.1 Modèle sociologique .....	30
1.3.2 Modèle psychologique .....	32
1.4 Absence de consensus.....	38
<b>CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE</b> .....	40
<b>CHAPITRE 3 : ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE</b> .....	45
3.1 Description de la méthodologie .....	46
3.2 Description des techniques méthodologiques .....	48
3.3 Le recrutement .....	50
3.4 Procédure d'analyse de données .....	52
3.5 Considérations éthiques .....	53
3.5.1 Analyse critique des retombées positives potentielles .....	53
3.5.2 Enjeux éthiques de l'usage de certains concepts ou théories .....	54
3.6 Considérations autoréflexives .....	55
<b>CHAPITRE 4 : RÉSULTATS</b> .....	55
4.1 Taxonomie médicale.....	55
4.2 Observabilité.....	57

4.3 Polarité culturelle .....	63
4.4 Désir d'évasion .....	65
<b>CHAPITRE 5 : DISCUSSION</b> .....	<b>69</b>
5.1 « Maladies mentales transitoires » .....	70
5.2 Liens entre les TCA et l'addiction au sport .....	72
5.3 Implications pour la pratique .....	74
5.3.1 Quelle est la pertinence de ce mémoire sur le plan de l'intervention ?.....	75
5.4 Les limites de la recherche.....	78
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>81</b>
<b>ANNEXE 1</b> .....	<b>90</b>

## **Liste des tableaux**

Tableau 1      Caractéristiques de l'échantillon

## **Liste des figures**

Figure 1.1      Continuum historique des critères diagnostiques des TCA

Figure 1.2      Continuum historique des critères diagnostiques des TCA

Figure 1.3      Continuum historique des critères diagnostiques des TCA

Figure 1.4      Continuum historique des critères diagnostiques des TCA

## **Liste des annexes**

Annexe 1      Grille d'entretien pour les clients / Interview guide for the clients

## INTRODUCTION

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) et l'addiction au sport ont émergé dans la littérature à des époques différentes. Les TCA semblent avoir toujours existé (Rosenvinge & Pettersen, 2015), tandis que l'addiction au sport fait surface dans les années 1970 (Baekeland, 1970 ; Hausenblas & Symons Downs, 2002). Le sport émerge d'abord comme instrument de discipline et de travail des corps. Ce n'est en fait que pendant les années 1960 que le sport commence à être reconnu pour ces effets bénéfiques sur la santé (Favier-Ambrosini & Delalandre, 2018). Le sport contribuerait ainsi au maintien d'une bonne santé physique, psychologique et sociale. Cependant, la pratique sportive excessive peut mener à l'obsession et nuire au fonctionnement de l'individu au quotidien : c'est à ce moment qu'on peut parler de pratique addictive (Middleton, 2002). Les TCA, quant à eux, ont trait à l'alimentation; une composante essentielle de la santé. Les TCA sont des troubles de santé mentale grave. Ainsi, l'anorexie mentale est le trouble de santé mentale avec le plus haut taux de mortalité (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011 ; Paediatrics & Child Health, 1998). Il est d'ailleurs possible d'identifier des répercussions des TCA à tous les niveaux : psychologique, physiologique et social. D'ailleurs, il est important d'aborder le fait que nous nous trouvons au sein d'une société qui soutient, chez la femme, la minceur comme principe de normalité. Cette quête de minceur amène certaines femmes à contrôler leur alimentation de façon excessive (Kerr, Berman, & Souza, 2006 ; Scodellaro, Shon, & Legleye, 2017 ; Simon, 2007). Chez les hommes cependant, c'est le corps musclé qui est valorisé (Scodellaro et al., 2017). Des liens entre les problématiques de l'addiction au sport et des TCA sont certainement identifiables et c'est ce que nous identifierons dans ce mémoire. Entre autres environ 39 à 48% des individus souffrant de TCA souffrent aussi d'une addiction au sport (Freimuth, Moniz, & Kim, 2011).

Mon intérêt pour ces deux problématiques date de ma jeunesse. En effet, j'ai toujours été une grande sportive et ce peu importe la discipline. De plus, j'ai grandi vite et atteint la puberté rapidement. La pratique d'une activité physique régulière faisait également en sorte que j'étais plus musclé que la moyenne. Dès mon jeune âge, je me faisais ainsi « agacer » en lien avec mon apparence plus courbée et mon poids. Dans ce contexte, j'ai très tôt idéalisé la minceur. Dans ce contexte, je cherchais toujours à être plus mince. J'ai toujours eu une relation plutôt difficile avec la nourriture, mais heureusement, mes habitudes alimentaires sont restées dans la « norme » et je n'ai personnellement pas eu à souffrir de TCA.

Lorsque je suis entrée à l'Université, j'ai commencé à m'entraîner en salle. Je pratiquais ce sport tous les jours, car il me permettait de décrocher et de m'évader de mon quotidien. Il m'est souvent arrivé de manquer des sorties entre amis afin d'aller m'entraîner. J'y allais d'ailleurs malgré les blessures tout en négligeant mes responsabilités professionnelles. Les entraînements étaient très importants pour moi et je me sentais coupable si je manquais une session. Ainsi, je me disais que je ne devais pas être « lâche » et manquer un entraînement, car je n'allais jamais atteindre mon « corps de rêve ». J'ai entendu parler de l'addiction au sport pour la première fois il y a quelques années. Cependant, ce n'est qu'au début de la rédaction de ce mémoire que cela m'a vraiment frappé, car je ne m'étais jamais arrêté sur le fait que mes habitudes étaient potentiellement malsaines et obsessives. Ça m'a amené à repenser mon entraînement et les raisons qui motivent celui-ci. Ainsi, mon vécu personnel explique pourquoi ces deux problématiques me tiennent à cœur.

En plus de mes intérêts personnels, je m'intéresse à ces deux problématiques, car elles ne sont pas assez fréquemment étudiées en travail social. En effet, même si les TCA sont des troubles assez communs, les études en travail social sur la question ne sont pas nombreuses tout comme

celles sur l'addiction au sport qui demeurent très limitées dans notre discipline. Il est ainsi nécessaire de comprendre les TCA et l'addiction au sport comme des problématiques qui s'entrecroisent et qui doivent être travaillées ensemble et non de façon indépendante.

Ce mémoire de maîtrise représente donc un amalgame de trois aspects auxquels j'apporte une forte importance dans ma vie : le sport, l'alimentation et le travail social. L'objectif de ce mémoire sera de répondre à la question de recherche suivante : quels sont les liens entre les troubles du comportement alimentaire et l'addiction au sport? Cette recherche est associée à un projet interdisciplinaire et interuniversitaire réalisé sous la direction du Professeur Nicolas Moreau. Le projet *Tous "addict"? Contribution à une sociologie des addictions comportementales à Internet, au travail, au sexe et au sport*, financé par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, examine en effet les addictions comportementales à Internet, au travail, au sexe et au sport sous un angle sociologique.

Ce mémoire sera divisé en cinq chapitres. Le premier chapitre présentera la problématique de recherche recensant les écrits sur l'histoire des TCA et de l'addiction au sport. La littérature existante sur les liens entre les deux problématiques sera également explorée. Le second chapitre abordera le cadre théorique utilisé, à savoir la théorie des niches écologiques de Ian Hacking (1998). Le troisième chapitre présente la méthodologie de recherche privilégiée. Nous avons eu recours à une méthodologie d'ordre qualitative (plus précisément la technique de l'entretien semi-dirigé). Le quatrième chapitre expose les résultats de la recherche, présentés selon les quatre vecteurs d'Hacking. Enfin, le cinquième chapitre présente une discussion des principaux résultats de la recherche ainsi que les limites de ce mémoire. Nous finissons ce travail en réfléchissant sur les implications de notre étude pour la pratique du travail social.

## CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

### 1.1 Troubles du comportement alimentaire (TCA)

Les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) constituent un ensemble de problèmes de santé mentale qui sont intimement liés à l'alimentation et la perception du corps, allant de la sous-alimentation à la suralimentation en passant par l'obsession du contrôle du poids. Les TCA peuvent être définis 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 » (Monthuy-Blanc, 2018, p. 18). Les TCA se retrouvent dans le DSM-5 et constituent de véritables troubles de santé mentale selon l'American Psychiatric Association (2013). Lorsqu'on parle de TCA, il est important de définir quels troubles composent ce groupe. Selon le DSM-5, il est possible d'identifier l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie boulimique ainsi que les troubles alimentaires non spécifiés (American Psychiatric Association, 2013).

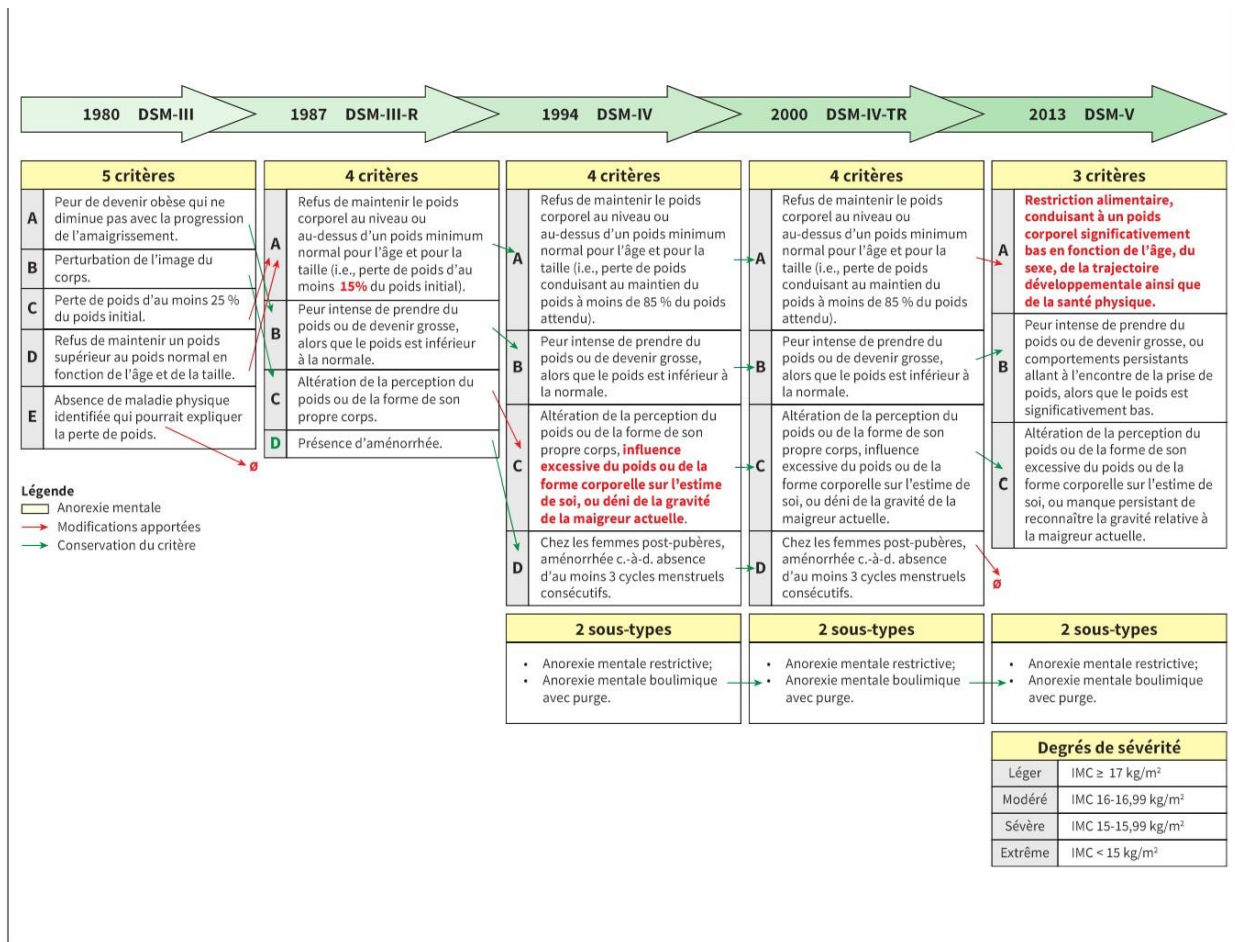
#### 1.1.1 Histoire des TCA

L'anorexie mentale n'est pas un trouble que l'on peut considérer comme contemporain. Ce TCA fait, en effet, son apparition bien avant la médecine (Rosenvinge & Pettersen, 2015). Dès le Moyen-Âge, il est possible d'observer les racines des TCA en débutant par l'anorexie mentale qui se développe par la famine induite, ce qui signifie à cette époque la malnutrition provoquée de façon intentionnelle et non pour des raisons de pauvreté. La pratique du jeûne associé au désir de modifier la forme du corps par la privation d'aliment sur une longue période de temps est également très ancienne (Dell'Osso et al., 2016). La minceur était associée à la pureté à cette époque du Moyen-Âge, tandis que vers le 14<sup>e</sup> siècle, le jeûne est davantage associé à la possession

par le démon (Bemporad, 1997 ; Dell’Osso et al., 2016). Ce basculement est explicable par l’évolution simultanée des croyances religieuses et de la philosophie (Bemporad, 1997 ; Vandereycken & van Deth, 1994). Ainsi, on peut dire que la spiritualité joue un rôle important en lien avec l’apparition des TCA et dans la façon dont on les connaît aujourd’hui, dans le sens qu’elle façonne comment est perçue la maladie (Dell’Osso et al., 2016 ; Rosenvinge & Pettersen, 2015). Avec les normes sociales changeantes apparaissent diverses définitions et connotations associées aux TCA (Dell’Osso et al., 2016). Les changements dans la définition et la perception de l’anorexie en sont d’ailleurs une belle illustration (Bemporad, 1997 ; Dell’Osso et al., 2016 ; Rosenvinge & Pettersen, 2015).

Dans la médecine moderne, l’anorexie mentale fait surface vers 1689 lorsque le médecin Richard Morton la décrit comme « dépérissement physique d’origine nerveuse » (Monthuy-Blanc, 2018, p. 18). Vers la fin des années 1800, plusieurs auteurs, dont Marcé, Gull et Lasague, nous présentent d’un point de vue psychiatrique le trouble que l’on nomme aujourd’hui anorexie mentale (Dell’Osso et al., 2016). Ces auteurs décrivent l’anorexie mentale de façon à la séparer de l’hystérie et présentent une définition complète d’un point de vue médical (Dell’Osso et al., 2016). En 1952, l’anorexie mentale est le seul TCA qui apparaît dans la première édition du DSM; elle est alors catégorisée comme réaction psychophysiologique. Dans la deuxième version du DSM, l’anorexie mentale est catégorisée comme perturbation de l’alimentation. En 1980, dans le DSM-III, apparaissent les TCA, qui sont alors classifiés sous les troubles de l’enfance et de l’adolescence. On voit aussi apparaître la boulimie dans cette édition du DSM. Ce n’est que 14 ans plus tard avec le DSM-IV que les TCA se voient attribuer leur propre catégorie. Finalement, le DSM-5 classifie les TCA comme nous les connaissons aujourd’hui : anorexie mentale, boulimie, hyperphagie boulimique ainsi que les TCA non spécifiés et comme ils seront définis ci-dessous

(American Psychiatric Association, 2013 ; Monthuy-Blanc, 2018). Avec l'évolution des connaissances sur les TCA viennent l'ajout et/ou le retrait de critères, de sous-types et de degré de sévérités. Les tableaux suivants montrent l'évolution de chaque TCA entre le DSM-III et le DSM-5. (Monthuy-Blanc, 2018)



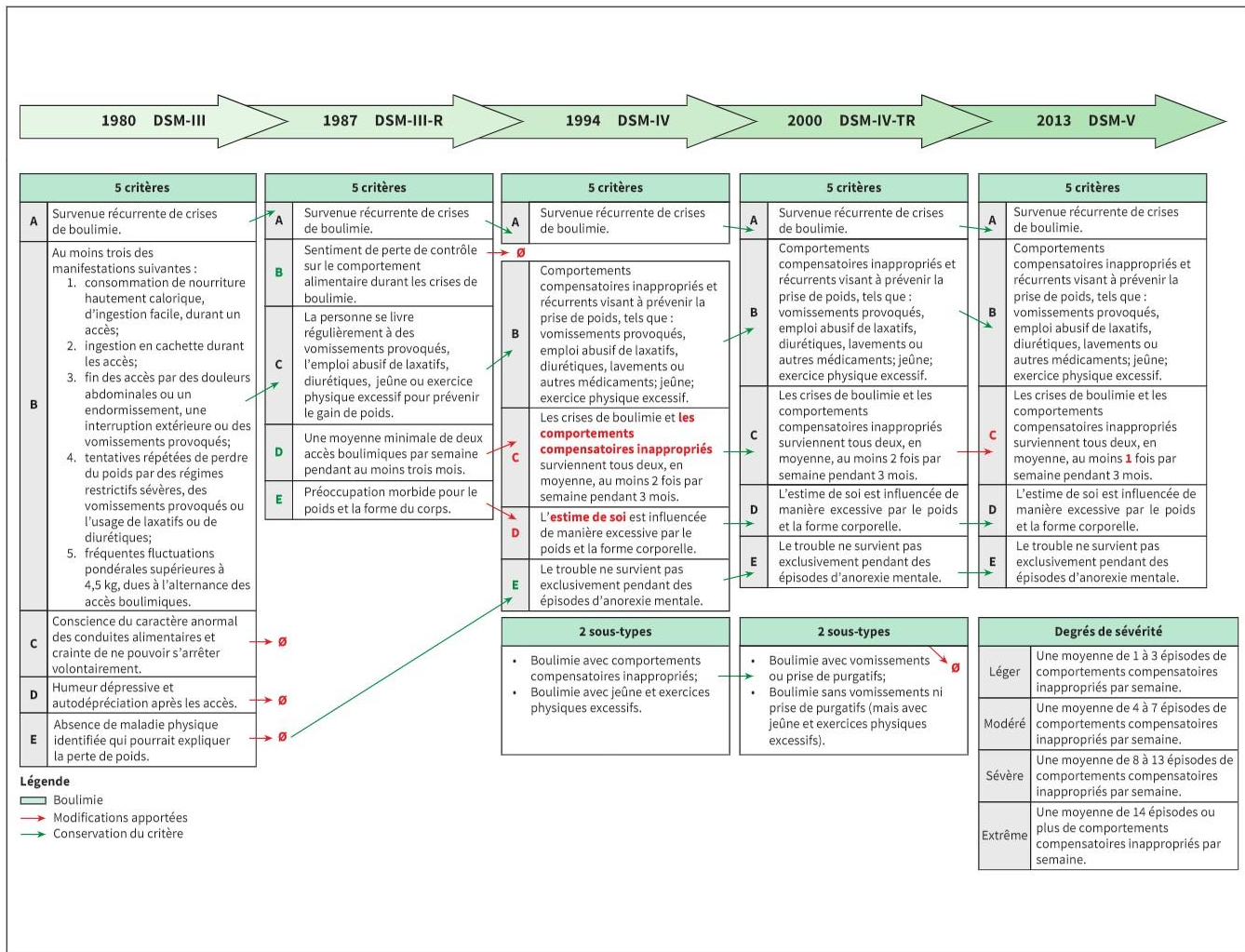
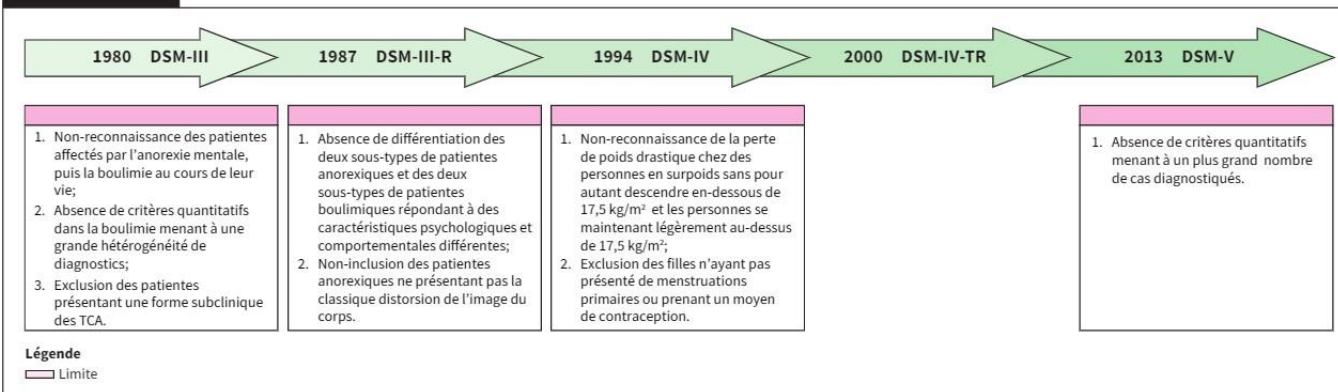
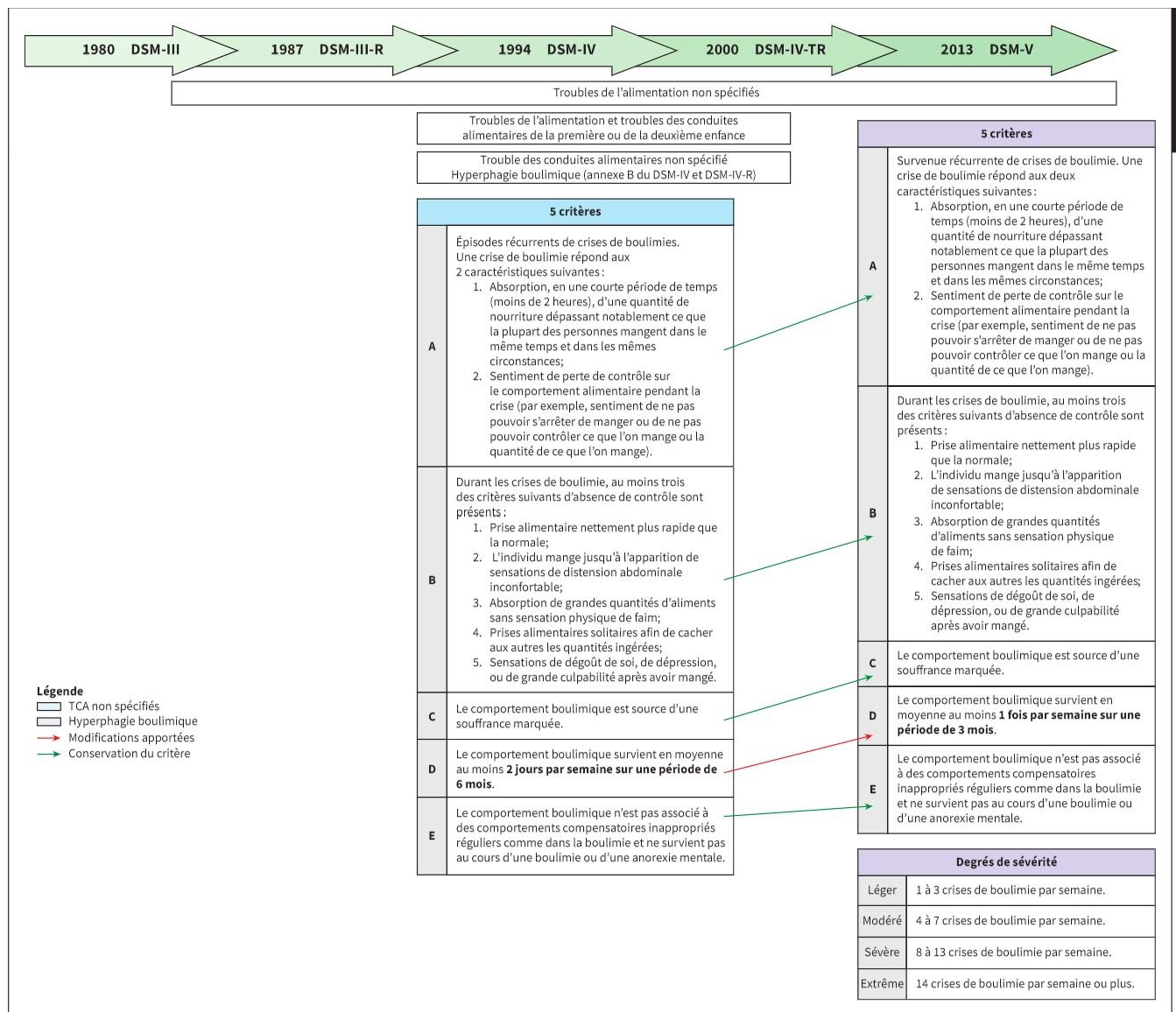


Figure 1.4 Continuum historique des critères diagnostiques des TCA





### 1.1.2 L'anorexie mentale

L'anorexie mentale existe depuis plusieurs siècles, mais fut reconnue davantage pendant les dernières décennies (Simon, 2007). L'anorexie mentale est la plus connue des TCA. Elle est généralement définie comme la manifestation du besoin de limiter sa consommation énergétique afin de limiter le gain de poids et maximiser la perte de poids (Chaulet, Riquin, Avarello, Malka, & Duverger, 2018 ; Léonard, Foulon, & Guelfi, 2005 ; Scodellaro et al., 2017). Selon Monthuy-Blanc (2018 : 30), l'anorexie mentale est définie comme une « perturbation de l'image du corps,

associée au désir permanent de maigrir et de contrôler son alimentation, aboutissant généralement à une malnutrition sévère ». Il est important d'énoncer les critères diagnostiques de l'anorexie mentale afin de bien comprendre le portrait de ce trouble. En fait, selon le DSM-5, il existe trois critères pour diagnostiquer l'anorexie mentale soit : (a) Restriction alimentaire, conduisant à un poids corporel significativement bas en fonction de l'âge, du sexe, de la trajectoire développementale ainsi que de la santé physique; (b) Peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, ou comportements persistants allant à l'encontre de la prise de poids, alors que le poids est significativement bas; et (c) Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque persistant de reconnaître la gravité relative à la maigreur actuelle (American Psychiatric Association, 2013). Afin d'obtenir le diagnostic d'anorexie mentale, il faut identifier la présence des trois critères en même temps, sinon, nous faisons face à un trouble alimentaire subclinique. L'anorexie mentale subclinique est observable lorsqu'un individu a un poids situé dans la norme, ne répondant pas ainsi au premier critère de l'anorexie mentale (Dell'Osso et al., 2016 ; Monthuy-Blanc, 2018). Il existe deux sous-types d'anorexie mentale : l'anorexie mentale restrictive et l'anorexie mentale boulimique avec purge. En ce qui a trait à l'anorexie mentale restrictive, celle-ci se définit par l'utilisation de divers moyens afin de limiter l'apport calorifique comme un « régime amincissant drastique, un jeûne et un exercice physique excessif (Monthuy-Blanc, 2018, p. 30). De son côté, l'anorexie mentale boulimique avec purge est caractérisée par l'utilisation de divers comportements compensatoires, tels que les vomissements provoqués, l'utilisation de laxatif, l'exercice physique excessif, le jeûne, les lavements, pour ne nommer que les plus courants. Il existe également quatre degrés de sévérité au diagnostic de l'anorexie mentale selon l'indice de masse corporel : léger,  $IMC \geq 17\text{kg/m}^2$ , modéré,  $IMC 16-16,99\text{kg/m}^2$ , sévère  $IMC 15-15,99\text{kg/m}^2$

et extrême, IMC < 15 kg/m<sup>2</sup> (American Psychiatric Association, 2013 ; Monthuy-Blanc, 2018). Les premiers signes de l'anorexie mentale émergent normalement pendant la période de l'adolescence (Maugendre, Spitz, & Lanfranchi, 2009). Il est aussi notable que les filles sont plus touchées que les garçons (Chaulet et al., 2018 ; Scodellaro et al., 2017 ; Simon, 2007).

### 1.1.3 La boulimie

La boulimie est reconnue comme un phénomène beaucoup plus récent que l'anorexie. C'est, en effet, vers la fin des années 1970 que ce trouble est reconnu dans le monde médical. La boulimie peut être définie entre autres comme « l'ingestion rapide, voir frénétique, faite dans un état d'émotion particulière qui mêle plaisir et excitation à de la honte et de la culpabilité, ces dernières s'intensifiant au fur et à mesure de la crise » (Léonard, Foulon, & Guelfi, 2005, p. 98). C'est dans le DSM-III que la boulimie apparaît pour la première fois (American Psychiatric Association, 2013). Tout comme l'anorexie mentale, il est important d'énoncer les critères diagnostiques de la boulimie afin de bien comprendre le portrait global de ce trouble. Lors de son apparition dans le DSM-III, les critères diagnostiques de la boulimie étaient les suivants : « (a) survenue récurrente de crises de boulimie; (b) au moins trois des manifestations suivantes : 1. consommation de nourriture hautement calorique, d'ingestion facile, durant un accès; 2. ingestion en cachette durant les accès; 3. fin des accès par des douleurs abdominales ou un endormissement, une interruption extérieure ou des vomissements provoqués; 4. tentatives répétées de perdre du poids par des régimes restrictifs sévères, des vomissements provoqués ou l'usage de laxatifs ou de diurétiques; 5. fréquentes fluctuations pondérales supérieures à 4,5 kg, dues à l'alternance des accès boulimiques. ; (c) conscience du caractère anormal des conduites alimentaires et crainte de ne pouvoir s'arrêter volontairement; (d) humeur dépressive et autodépréciation après les accès; (e) absence de maladie physique identifiée qui pourrait expliquer la perte de poids » (Monthuy-Blanc,

2018: 34). Suivant l'évolution du trouble, selon le DSM-5, il existe cinq critères pour diagnostiquer la boulimie soit : « (a) survenue récurrente de crises de boulimie; (b) comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques, lavements ou autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif; (c) les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés surviennent tous deux, en moyenne, au moins une fois par semaine pendant trois mois; (d) l'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle; (e) le trouble ne survient pas exclusivement pendant des épisodes d'anorexie mentale » (American Psychiatric Association, 2013 ; Monthuy-Blanc, 2018: 34). Contrairement à l'anorexie mentale, ce n'est pas l'indice de masse corporelle qui indique le degré de sévérité, mais plutôt la fréquence des comportements compensatoires, soit : léger - 1 à 3 épisodes de comportements compensatoires inappropriés par semaine ; modérés - 4 à 7 épisodes, sévères - 8 à 13 épisodes et extrême - 14 épisodes de comportements compensatoires inappropriés ou plus par semaine (American Psychiatric Association, 2013 ; Monthuy-Blanc, 2018).

#### 1.1.4 L'hyperphagie boulimique

L'hyperphagie boulimique a seulement commencé à être étudiée dans les années 1960 par Stunkard (Spitzer et al., 1992). C'est d'ailleurs seulement dans le DSM-5 que ce trouble est catégorisé comme un TCA particulier avec sa propre catégorie et ses propres critères diagnostiques (American Psychiatric Association, 2013). Avant 2013, l'hyperphagie boulimique était plutôt considérée comme étant un facteur facilitant l'obésité, sans être considéré comme un TCA en tant que tel, contrairement à la situation actuelle qui le considère comme un trouble en soi (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007 ; Spittal et al., 2012). Il est important de différencier la suralimentation de l'hyperphagie boulimique. La suralimentation peut être définie comme « le fait

de manger plus de nourriture que ce dont le corps a besoin soit de façon compulsive (c.-à-d. liée à une perte de contrôle) ou hédonique (c.-à-d. pour le plaisir » (Monthuy-Blanc, 2018, p. 141) alors que l'hyperphagie boulimique répond à des critères spécifiques.

En effet, selon le DSM-5, il existe cinq critères diagnostiques de l'hyperphagie boulimique, soit « (a) Survenue récurrente de crises de boulimie. Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes : 1. absorption, en une période de temps limité (p. ex., moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des personnes absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ; 2. sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise de boulimie (p. ex., sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange). ; (b) Les crises de boulimies sont associées à au moins trois des caractéristiques suivantes : 1. manger beaucoup plus rapidement que la normale ; 2. manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale ; 3. manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim ; 4. manger seule parce que l'on est gênée de la quantité de nourriture que l'on absorbe ; 5. se sentir dégoûtée de soi-même, déprimée ou très coupable après avoir trop mangé ; (c) le comportement boulimique est source d'une souffrance marquée ; (d) le comportement boulimique survient, en moyenne, au moins 1 jour par semaine pendant 3 mois (e ) le comportement boulimique n'est pas associé au recours régulier à des comportements compensatoires inappropriés (p. ex., vomissement ou prise de purgatifs, jeûne, exercice physique excessif) et ne survient pas au cours d'une anorexie mentale ou d'une boulimie » (American Psychiatric Association, 2013). Lorsqu'un diagnostic d'hyperphagie boulimique est émis, un degré de sévérité est établi. Le degré de sévérité de l'hyperphagie boulimique est mesuré par le nombre de crises de boulimie par semaine, soit : léger - 1 à 3 crises de boulimie par semaine ;

modérée - 4 à 7 crises ; sévère - 8 à 13 crises, et extrême, 14 crises de boulimie ou plus par semaine (Monthuy-Blanc, 2018, p. 36). Pour tous les TCA, un individu atteint peut se trouver en rémission partielle si un des critères diagnostiques persiste sur une longue période de temps, ainsi qu'en rémission complète si, cette fois-ci, l'absence complète des critères diagnostiques est observée sur une longue période de temps (American Psychiatric Association, 2013 ; Monthuy-Blanc, 2018).

Pour ce qui est des troubles alimentaires non spécifiés, ceux-ci sont généralement très semblables aux autres troubles du comportement alimentaire présenté précédemment, cependant ils ne répondent pas aux critères énoncés par le DSM-5 comme le font l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Il est possible d'identifier, par exemple, l'orthorexie, le pica, le mérycisme (American Psychiatric Association, 2013 ; Monthuy-Blanc, 2018). L'orthorexie peut être définie par une fixation et une obsession sur la consommation d'aliment sain seulement (Barthels, Meyer, Huber, & Pietrowsky, 2017 ; Kaluaratchige, 2013). Le pica est caractérisé par « l'ingestion répétée de substances non nutritives » (Le Heuzey, 2006, p. 263), comme le papier, le sable et toute substance non comestibles. Du côté du mérycisme, celui-ci se caractérise par « la rumination de nourriture précédemment ingérée » (Thouvenin, d'Arc, Baujat, Brousse, & Abadie, 2005, p. 1368). Les troubles alimentaires non spécifiés peuvent souvent être identifiés comme porte d'entrée vers l'anorexie mentale, la boulimie et l'hyperphagie boulimique. Comme il sera expliqué dans la prochaine section, l'anorexie athlétique pourrait se voir instaurer dans cette catégorie de TCA.

Les troubles du comportement alimentaire subclinique se définissent, quant à eux, par l'absence d'un ou plusieurs critères diagnostiques tout en identifiant la présence d'au moins deux des critères diagnostiques. Les TCA subcliniques peuvent aussi être diagnostiqués lorsque la fréquence des comportements ne correspond pas à celle nommée dans le DSM. Par exemple, la

boulimie subclinique peut être présente chez un individu où la survenue récurrente de crises de boulimie est identifiée ainsi que l'utilisation de comportements compensatoires, mais ce sur une plus longue période que celle établie au sein des critères diagnostiques du DSM (American Psychiatric Association, 2013 ; Monthuy-Blanc, 2018; Torstveit, Rosenvinge, & Sundgot-Borgen, 2007).

#### 1.1.5 Les TCA affectent majoritairement le sexe féminin

Les TCA, en particulier l'anorexie et la boulimie, sont plus prévalents chez les jeunes femmes entre 10 et 25 ans (Kostrzewa, Eijkemans, & Kas, 2013 ; Simon, 2007). Selon un sondage effectué en 2002, 1,5% des femmes de cette tranche d'âge avait un TCA (Government of Canada, 2002). Deux tranches d'âge peuvent être principalement identifiées comme vulnérables en termes de développement d'un TCA : les 12-14 ans et 18-20 ans (Maugendre et al., 2009).

Les taux de prévalence pour l'anorexie mentale varient entre 0,6% et 4% pour les femmes et environ 0,3% pour les hommes (Hudson et al., 2007 ; Simon, 2007). En ce qui a trait à la boulimie, les taux de prévalence sont d'environ 1,5% chez les femmes et 0,5% chez les hommes (Hudson et al., 2007). Les femmes représentent 90% des individus affectés avec un TCA. Il est à noter qu'entre 1% et 3% de la population féminine développeront un TCA durant leur vie (Government of Canada, 2002). L'anorexie est le trouble mental avec le plus haut taux de mortalité; environ 19% des individus diagnostiqués avec l'anorexie vont décéder à l'intérieur d'une période de 10 ans après leur diagnostic (Sullivan, 2002). Malgré le fait que les TCA sont plus prévalents chez les femmes, il ne faut pas négliger le fait que les hommes sont aussi touchés par ce trouble. Ces derniers représentent d'ailleurs un chiffre noir important au niveau des TCA (séries, Mainhagu, &

de Boucaud, 2017).<sup>1</sup> En effet, les hommes représentent environ 40% des individus atteints d'hyperphagie boulimique. Ce trouble représente le TCA le plus répandu (homme et femme confondue) touchant, par exemple, environ 200 000 individus au Québec (Franko et al., 2012 ; Hudson et al., 2007 ; Spitzer et al., 1992). Il est possible d'observer au sein de la population générale un taux d'incidence pour l'hyperphagie boulimique de 2.8% en Amérique du Nord et de 15% auprès d'individus ayant engendré une démarche de perte de poids (Monthuy-Blanc, 2018, p. 67).

## 1.2 « Addiction au sport »

Le concept d'addiction au sport a émergé au cours des années 1970, ce qui établit que cette problématique est très moderne (Baekeland, 1970). C'est Baekeland (1970) suivi de Glasser (1985) en 1976 qui présente l'addiction au sport comme étant une addiction « véritable ». Ces derniers font émerger le concept d'addiction de façon positive compte tenu des avantages que l'activité physique procure, comparativement aux addictions dites négatives comme le sont les drogues et l'alcool. Par la suite, lors des années 1980-1990, plusieurs auteurs dont Chan & Grossman (1988), Hailey & Bailey (1982) et Mondin et al. (1996) ont exploré les symptômes négatifs qui apparaissent après l'arrêt d'activité sportive chez les addicts au sport. Entre autres, des symptômes de sevrages furent observés, ainsi que des signes de dépression, d'anxiété, de confusion, de baisse de l'estime de soi et de l'estime du corps (Chan & Grossman, 1988 ; Hailey & Bailey, 1982 ; Mondin et al., 1996). Dans ces premières études, c'est la course à pied qui fut utilisée comme sport de référence afin d'observer l'addiction au sport (Baekeland, 1970 ; Chan & Grossman, 1988 ; Hailey & Bailey, 1982). Il est à noter que dans ces premiers écrits, il n'est pas

---

<sup>1</sup> Le chiffre noir représente l'ensemble des TCA qui ne figure pas dans les statistiques officielles (Boudreau & Ouimet, 2010).

question d'addiction au sport pendant la pratique elle-même, mais plutôt comme problème de sevrage en l'absence de pratique sportive. Pendant les années 2000, le sujet intéresse plus de chercheurs. Il est établi alors que pendant la pratique sportive une sensation de plaisir est recherchée dans la pratique et l'effort, ce qui explique possiblement l'obsession en lien avec la pratique plus en plus fréquente et intensive du sport (Allegre & Therme, 2007 ; Avril, Nivoli, & Lejoyeux, 2007).

### 1.2.1 Définitions et caractéristiques de l'addiction au sport

Il existe plusieurs définitions de l'addiction au sport. À titre d'exemple, il est possible de définir l'addiction au sport en tant que « recherche de sensations de plaisir, de désinhibition à travers la pratique sportive, qui aboutit à l'installation d'un besoin impérieux et en constante augmentation, avec en cas d'arrêts forcés de la pratique (p. ex., blessures, problèmes d'emploi du temps), la manifestation de signes de sevrage physiques et psychologiques plus ou moins intenses » (Véléa, 2002). Cette définition tient compte de l'addiction au sport lorsqu'un arrêt a lieu et que l'individu se trouve en situation de sevrage par rapport au sport. Selon une recherche ancienne menée par Veale (1991), traduit par Véléa (2002), dix critères de la dépendance à l'exercice (définie suite à l'arrêt du sport) se présentent et s'énoncent comme suit :

1. Réduction du répertoire des exercices physiques conduisant à une activité physique stéréotypée, pratiquée au moins une fois par jour.
2. L'activité physique est plus investie que toute autre.
3. Augmentation de la tolérance de l'intensité de l'exercice, d'année en année.
4. Symptômes de sevrage avec tristesse lors de l'arrêt (volontaire ou contraint) de l'exercice physique.
5. Atténuation ou disparition des symptômes de sevrage à la reprise de l'exercice.

6. Perception subjective d'un besoin compulsif d'exercice.
7. Réinstallation rapide de l'activité compulsive après une période d'interruption.
8. Poursuite de l'exercice physique intense en dépit de maladies physiques graves causées, aggravées ou prolongées par le sport. Négligence des avis contraires donnés par les médecins ou les entraîneurs.
9. Difficultés ou conflits avec la famille, les amis ou l'employeur liés à l'activité sportive.
10. Le sujet s'oblige à perdre du poids en suivant un régime, pour améliorer ses performances. (Veale, 1991 ; Véléá, 2002)

Quant à Gaëtan, Rochaix, & Bonnet (2018), ils préfèrent utiliser la définition d'Hausenblaus et Downs (2002) pour qui l'addiction au sport est « un besoin de pratiquer une activité physique qui se traduit par un comportement de pratique excessive, incontrôlée, se manifestant par des symptômes physiques et psychologiques » (p. 2). Cette définition illustre l'addiction en « temps réel » et suite à l'arrêt de la pratique sportive. Hausenblas et Downs (2002) établissent une nouvelle liste de critères pour définir la dépendance à l'effort. Ces critères sont semblables à ceux de Veale (1991), mais présentent une nouvelle version plus adaptée. Ainsi, afin d'être classé comme dépendant, l'individu doit présenter trois symptômes pour une période de douze mois consécutifs. Cette liste s'apparente aux critères diagnostiques d'une dépendance aux substances dans le DSM. Les critères s'énoncent comme suit :

1. Tolérance et accoutumance : nécessité d'augmenter la « dose » d'exercice physique afin d'obtenir les effets désirés ; et diminution des effets recherchés si la quantité d'efforts est la même,

2. Syndrome de sevrage : symptômes physiques et psychologiques négatifs apparaissant à l'arrêt des entraînements tels que l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil... et la nécessité de reprise de l'activité pour soulager ou éviter ces symptômes de sevrage,
3. Intensité de l'effort : l'intensité et/ou la durée de l'entraînement est augmentée par rapport au plan initial,
4. Perte de contrôle : incapacité à stopper son activité ou à diminuer ses entraînements,
5. Temps consacré au sport excessif : tout le mode de vie du sportif tourne autour de son activité (entraînement, achats...),
6. Abandon ou réduction des autres activités : diminution voire arrêt des activités sociales, professionnelles et les autres loisirs,
7. Persévérance : le sportif continue son activité malgré la blessure ou le conflit avec son entourage. (Hausenblas et Downs, 2002, p. 113)

Selon différentes études, l'addiction au sport est définie par les termes : addiction/dépendance au sport, addiction/dépendance au mouvement, addiction/dépendance à l'activité physique, addiction/dépendance à l'effort, etc. De plus, certains auteurs se concentrent sur l'aspect comportemental, d'autres sur les facteurs physiques, encore psychologiques en plus de la dimension temporelle de l'addiction (constater l'addiction pendant la pratique sportive ou lors de l'arrêt) (Décamps, Gana, Hagger, Bruchon-Schweitzer, & Boujut, 2016 ; Filaire, Rouveix, Bouget, & Pannafieux, 2007 ; Hailey & Bailey, 1982 ; Hausenblas & Symons Downs, 2002 ; Hudson et al., 2007 ; Kern, 2007a ; Léonard et al., 2005). Hausenblas et Symons Downs (2002) accentuent le fait que les diverses définitions de la dépendance sportive doivent inclure les facteurs comportementaux, psychologiques et physiologiques. Cependant, c'est la définition de Veale

(1991) qui inclut les facteurs biomédicaux et les facteurs psychosociaux de l'addiction au sport qui obtient le plus de reconnaissance selon Hausenblas et Symons Downs (2002).

Dans un autre angle d'idée, d'autres auteurs préfèrent se baser sur la définition générale de l'addiction de Goodman (1990) comme point de référence afin de fabriquer leur propre définition de l'addiction au sport et développer des outils de mesure de l'addiction sportive. Tiré des propos d'Anthony (2009), la définition de Goodman traduite stipule : « "Addiction", employés de manière descriptive, désigne donc la répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir, mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou à une situation recherchés et consommés "avec avidité" » (p. 12 ). Un autre facteur qui contribue aux différentes définitions de l'addiction au sport est le manque de cohérence obtenu au sein des résultats évoqués par les études sur la question. Ceci est principalement dû au fait que les outils de mesures utilisés varient grandement; ainsi, des questionnements quant à la validité de ces outils sont souvent soulevés (Hausenblas & Symons Downs, 2002 ; Kern, 2007a).

### 1.2.2 Outils de mesure de l'addiction au sport

Les outils de mesure se trouvent être premièrement les échelles unidimensionnelles qui, comme montrées par leur nom, n'évaluent pas l'ensemble de la situation, mais seulement des éléments tels que la fréquence, la durée et l'intensité au travers de divers facteurs psychosociaux, comportementaux et biomédicaux (Kern, 2007a, 2007b). Par la suite, les échelles multidimensionnelles furent mises en place afin d'évaluer l'ampleur de la situation de façon plus complète, soit en ajoutant des facteurs tels le sevrage, la tolérance et les motivations (Kern, 2007b, 2007a). Malgré les nombreuses échelles mises en place par divers auteurs afin d'évaluer la dépendance au sport, une seule de ces échelles semble être utilisée dans la littérature, soit l'Exercise Dependance Scale-Revised (EDS-R) (Hausenblas & Symons Downs, 2002 ; Kern,

2007a, 2007b). Les critères de la définition d'Hausenblaus et Downs (2002) constituent en effet la base pour la création de l'outil EDS-R. En effet, cette échelle semble être la plus complète et celle qui répond mieux au besoin du terrain. L'Exercise Dependance Scale-Revised (EDS-R) mesure sept dimensions de la dépendance soit « la tolérance, le sevrage, le manque de contrôle, la réduction des autres activités, l'intention, le temps, et la continuité » (Kern, 2007b, p. 430). Ces sept dimensions sont mesurées à l'aide de 21 items sur une échelle de Likert à six points (Hausenblas & Symons Downs, 2002 ; Kern, 2007b).

En plus des critères de Veale (1991) et d'Hausenblaus et Downs (2002), il est possible d'identifier d'autres caractéristiques utilisées dans la littérature afin de catégoriser l'addiction au sport. Par exemple, divers auteurs énoncent leurs propres définitions comme Powers, Schocken, & Boyd (1998) qui énoncent qu'afin de classer un adepte de la course comme ayant une addiction au sport, celui-ci doit courir plus de 40 kilomètres par semaine, et ce même s'il est blessé, malade ou possède d'autres engagements personnels et professionnels. De plus, si l'adepte ne réussit pas à courir 40 kilomètres, un sentiment de culpabilité et de la honte vient s'installer et des symptômes de sevrage, de dépression feront surface. Au travers de cet exemple, il est possible d'identifier l'addiction pendant la pratique et son arrêt. Bref, les définitions et les caractéristiques de l'addiction au sport qui varient d'un auteur à l'autre permettent de déterminer qu'il est nécessaire d'étudier davantage ce sujet afin de venir à un consensus majoritaire.

Les diverses définitions de l'addiction au sport ont en commun le fait que l'addiction pose problème chez les individus au quotidien soit aux niveaux occupationnels, familiaux, physiques, et psychologiques. Les auteurs sont en accord sur le fait que l'addiction au sport bouleverse le fonctionnement à plusieurs niveaux. Cependant, ce qui varie dans les définitions de l'addiction au sport est le fait que pour certains l'addiction a lieu lors de la pratique sportive tandis que pour

d'autre c'est seulement lorsque celle-ci est cessée. De plus, certains auteurs requièrent des critères précis selon une échelle ou un nombre de sports précis afin de qualifier d'addiction a sport.

### 1.2.3 Place de l'addiction au sport dans le DSM

Les addictions comportementales, comme trouble de santé mentale, font leur apparition au sein du DSM-5. Une addiction comportementale décrit « the experience of cravings, strong urges, and disruptions in one's functioning related to a particular behavior » (Polychronopoulos, Carlisle, Carlisle, & Kirk-Jenkins, 2014). Cependant, on ne trouve pas de référence à l'addiction au sport au sein du dernier DSM. Seule la dépendance aux jeux apparait officiellement comme dépendance comportementale dans le DSM-5. La dépendance aux jeux en ligne apparait, quant à elle, dans les troubles émergents qui requièrent davantage de recherche (American Psychiatric Association, 2013).

### 1.2.4 Statistiques

En tant que phénomène relativement nouveau et peu étudié, peu de statistiques existent sur l'addiction au sport. La prévalence de l'addiction au sport varie ainsi fortement au sein de la littérature. En effet, il est possible d'identifier des taux allant de 3% jusqu'à 42% (Lichtenstein, Hinze, Emborg, Thomsen, & Hemmingsen, 2017). La différence de prévalence peut être causée par plusieurs facteurs, comme les différentes définitions qui font en sorte qu'un individu est considéré ou non comme ayant une addiction au sport. Certains médias affirment que l'addiction au sport est toucherait 15% des sportifs (« La bigorexie, cette étrange addiction au sport », 2016 ; Michaud, 2017). Selon Chazy (2016), c'est près de 50% des sportifs professionnels seraient dépendants au sport.

### 1.3 Liens entre les TCA et l'addiction au sport

Lorsqu'on étudie l'addiction au sport de plus près, on remarque aisément que l'alimentation joue un rôle important dans la vie de tous les jours des individus aux prises avec cette addiction. Inversement, lorsqu'on étudie les troubles du comportement alimentaire, la pratique sportive est également souvent abordée, ce qui explique l'intérêt d'étudier les liens entre ces deux problématiques / troubles de santé mentale. Différentes conceptions existent pour expliquer les liens entre l'addiction au sport et les TCA. Il est possible de retrouver des variables de type psychologique (anorexia athletica, transfert d'émotions), sociologique (pression sociale) et personnel (estime de soi, image corporelle et performance). Le modèle explicatif psychologique est le plus important, mais avant examinons le modèle qui découle de variables sociologiques.

#### 1.3.1 Modèle sociologique

Les sportifs de haut niveau sont entre autres plus à risque de développer une addiction au sport (Engel et al., 2003; Szabo, Griffiths, de La Vega Marcos, Mervó, & Demetrovics, 2015; Maugendre et al., 2009 ; Simon, 2007). En tant qu'athlète, il existe beaucoup de pression sociale entourant la performance. Cette pression peut certainement avoir un effet sur le développement d'un TCA. Les sportifs de haut niveau voient leur corps comme étant le centre de l'attention en tout temps, ce qui fait en sorte qu'afin de répondre aux normes de la société face au sport, les athlètes modifient leur comportement alimentaire et peuvent en venir à développer un TCA (Engel et al., 2003 ; Maugendre et al., 2009 ; Simon, 2007 ; Smolak, Murnen, & Ruble, 2000 ; Sundgot-Borgen, 1993). Il est possible d'associer ce fait aux statistiques précédentes qui soutiennent qu'il existe des liens entre la pratique sportive de haut niveau et l'addiction au sport (Szabo et al., 2015 ; Véléa, 2002). Incidemment, il est notable que la pression sociale plus élevée chez les athlètes de

haut niveau puisse mener vers le TCA. La pression sociale est transmise par plusieurs modes soit entre autres « les médias, l'environnement familial et les pairs » (Simon, 2007, p. 138). Les tendances socioculturelles de notre société en lien avec la pratique sportive et la compétition font en sorte que les pressions sociales émergent à tous les niveaux (attentes de notre entourage, des entraîneurs sportifs, de fans). Ces attentes sont fortement transmises dans la vie de tous les jours au point que cela aurait un impact sur le développement des TCA afin d'améliorer leur performance (Smolak et al., 2000).

En fait, ceci est principalement problématique chez les gymnastes qui font face à d'énormes pressions de la part d'entraîneurs et de coéquipiers afin de perdre du poids (Kerr, Berman, & Souza, 2006 ; Maugendre et al., 2009 ; Sundgot-Borgen, 1993). Dans plusieurs sports, une pression provenant des entraîneurs, de l'entourage ainsi que des médias est ressentie par les athlètes d'être par exemple, plus minces, plus musclés, plus rapides, et plus forts (Brownwell & Rodin, 1996 ; Smolak et al., 2000 ; Sundgot-Borgen, 1993). Les athlètes ressentent une pression de leur entraîneur et des autres athlètes d'avoir une alimentation parfaite afin d'aider leur performance sportive. De plus, partout dans les médias il est possible d'observer de maintes recommandations alimentaires en lien avec différents sports et objectifs de performances (Rizk, Kern, Godart, & Melchior, 2014). Comme l'énonce Middleton (2002) « la répétition des mouvements indispensables à la recherche de la performance sportive, pouvant également s'inscrire dans le cadre des « addictions sans produit » au même titre que le travail, le jeu pathologique ou les achats compulsifs » (p.61). Bref, la diffusion de normes sociales dans notre société amène les humains vers une quête de la perfection. Ce fait n'est certainement pas négligeable au sein des addicts au sport et des individus aux prises avec un TCA. Ainsi, la perception de soi est affectée par ces normes sociales, ce qui mène au thème suivant qui, en soi,

découle de variables plus penchées vers l'individu lui-même (Hausenblas & Symons Downs, 2002). Le prochain modèle découle de variables psychologiques.

### 1.3.2 Modèle psychologique

#### *1.3.2.1 Anorexie athlétique*

Premièrement, Afflelou et al. (2004) exposent le concept d'anorexie athlétique (*anorexia athletica*) qui est présenté comme un trouble du comportement alimentaire subclinique, donc comme un trouble alimentaire non spécifié. Ils montrent que, d'un côté, les sports facilitent le développement d'un trouble du comportement alimentaire et, d'un autre côté, les troubles du comportement alimentaire peuvent mener les individus vers la pratique sportive intensive afin de contrôler leur corps. Dans une autre étude, Afflelou (2009) montre le fait que la pratique sportive intensive peut « jou[er] à la fois comme facteur facilitant, aggravant et limitant de la maladie » (p. 91). L'anorexie athlétique soutient qu'un individu contrôle son poids dans l'optique d'améliorer ses performances sportives créant ainsi deux addictions soit l'addiction au sport comme addiction primaire et les TCA comme addiction secondaire (Afflelou, 2009 ; Filaire, Rouveix, Bouget, & Pannafieux, 2007 ; Maugendre et al., 2009 ; Seznec, 2008). Ces concepts d'addiction primaire et secondaire seront analysés davantage ci-dessous. Contrairement aux non-sportifs, les individus souffrant d'une addiction au sport utilisent le désir de maigrir comme moyen et non comme fin en soi (Filaire et al., 2007). L'anorexie athlétique se définit par trois caractéristiques : 1) l'utilisation du désir de maigrir comme moyen d'améliorer la performance sportive, 2) une prise et une perte de poids qui varient et entre en lien direct avec le cycle d'entraînement du sportif, puis 3) lorsque la carrière sportive ou la période d'entraînement intensif est terminée, les TCA cessent (Dale & Landers, 1999 ; Filaire et al., 2007 ; Maugendre et al., 2009 ; Sundgot-Borgen, 1993). Contrairement à l'anorexie mentale, avec l'anorexie athlétique il n'est pas possible d'identifier une

« distorsion de l'image corporelle » (Garcia Hejl et al., 2008). L'anorexie athlétique semble plus difficile à diagnostiquer que les autres TCA, car plusieurs signes émergent simultanément et sur une période prolongée (Afflelou, 2009 ; Afflelou et al., 2004 ; Filaire et al., 2007 ; Salmi, Pichard, & Jousselin, 2010 ; Seriès, Mainhagu, & de Boucaud, 2017). Par exemple, un individu qui se prépare pour une compétition de fitness peut développer un TCA sans s'en rendre compte sur le coup (ni son entourage), si ce dernier continue à s'entraîner de façon régulière. Il arrive que l'anorexie athlétique soit méjugée pour d'autres problématiques de santé, par exemple l'anxiété, la dépression, les troubles thyroïdiens et les troubles digestifs (Afflelou, 2009 ; Afflelou et al., 2004 ; Filaire et al., 2007 ; Salmi, Pichard, & Jousselin, 2010 ; Seriès, Mainhagu, & de Boucaud, 2017).

Sur le plan épidémiologique, selon Maugendre et al. (2009) entre 8% et 20% des adolescentes sportives seraient touchées par l'anorexie athlétique. La majorité des études tendent d'ailleurs de montrer que ce trouble touche majoritairement les femmes. Bref, plusieurs études montrent à leur tour qu'il existe des liens entre les TCA et l'addiction au sport lorsqu'ils sont utilisés comme moyen de contrôle de la performance sportive (Décamps, Gana, Hagger, Bruchon-Schweitzer, & Boujut, 2016 ; Filaire et al., 2007 ; Kostrzewa et al., 2013 ; Maugendre et al., 2009). Comme mis de l'avant par Filaire et al. (2008), le caractère perfectionniste des athlètes augmente la prévalence des TCA chez les individus ayant une addiction au sport. En effet, le désir de perfection se trouve aussi au sein de l'alimentation des athlètes qui ensuite peuvent développer une obsession face à celle-ci. Le perfectionnisme représente en même temps un comportement, une motivation et un trait de personnalité qui peuvent influencer négativement les individus vers le développement d'un TCA (Maugendre et al., 2009), d'autant plus que nous nous trouvons toujours à « [l]a recherche de l'excellence sociale » (Scodellaro et al., 2017, p. 24). Plusieurs autres

auteurs affirment à leur tour que l'addiction au sport peut parfois mener vers le développement d'un TCA chez certains individus dus aux attentes en lien avec la performance et le façonnage du corps (Brownwell & Rodin, 1996 ; Gaëtan et al., 2018 ; Maugendre et al., 2009 ; Zeulner, Ziemainz, Beyer, Hammon, & Janka, 2016).

### *1.3.2.2 L'estime de soi et l'image corporelle*

Il est également intéressant d'observer que selon certains auteurs, les liens entre les TCA et l'addiction au sport s'expliquent par le biais de la variable estime de soi et de l'importance d'avoir une bonne image corporelle. L'estime de soi « désigne l'attitude, plus ou moins favorable, qu'à chaque individu envers lui-même, le respect qu'il se porte, le sentiment qu'il a de sa propre valeur en tant que personne » (Dany & Morin, 2010, p. 323). En ce qui a trait aux liens entre l'estime de soi et l'image corporelle, plusieurs études ont montré qu'il existe bel et bien une relation entre l'insatisfaction face à son apparence corporelle et une faible estime de soi (Dany & Morin, 2010 ; Furnham, Badmin, & Sneade, 2002 ; Tomori & Rus-Makovec, 2000). En ce sens, les addicts au sport peuvent développer un TCA en essayant d'améliorer leur estime de soi par le biais de l'image corporelle et inversement, les individus ayant un TCA peuvent développer une addiction au sport afin d'améliorer leur image corporelle et ainsi leur estime de soi. Le besoin ici n'est pas d'atteindre une très haute estime de soi, mais plutôt un niveau de bien-être adéquat face à celle-ci (Casilli & Tubaro, 2016 ; Filaire et al., 2007 ; Furnham et al., 2002 ; Léonard et al., 2005 ; Scodellaro et al., 2017 ; Tomori & Rus-Makovec, 2000 ; Véléa, 2002). À la base lorsqu'on parle d'individu ayant un TCA, leur estime de soi est relativement faible, et ce surtout chez le sexe féminin (Fairburn & Harrison, 2003 ; Filaire et al., 2007 ; Furnham et al., 2002). Les individus ayant une addiction au sport et ceux ayant un TCA entretiennent tous deux des relations complexes avec l'image du corps (Varescon, 2009). Filaire et al. (2007) ont étudié les liens entre l'addiction au sport et les TCA en

relation avec l'estime de soi, le perfectionnisme et l'estime corporelle. Une corrélation négative peut être identifiée entre l'objectif de performance et l'estime de soi (Maugendre et al., 2009). Plus l'objectif de la pratique sportive intensive est orienté vers la performance, plus l'estime de soi serait faible, ainsi plus le risque de développer un TCA sera élevé (Filaire et al., 2007 ; Maugendre et al., 2009).

### *1.3.2.3 Particularité selon la discipline*

Plusieurs études montrent également que les sportifs qui pratiquent un sport où l'esthétique corporelle est à l'avant-plan ou un sport d'endurance / catégories de poids sont plus à risque de présenter des troubles du comportement alimentaire. Ainsi, il est aussi démontré que la prévalence de TCA varie selon les disciplines sportives particulières telles que la gymnastique, la lutte, la course à pied, l'haltérophilie et le culturisme (Casilli & Tubaro, 2016 ; Chaulet et al., 2018 ; Engel et al., 2003 ; Filaire et al., 2007 ; Kostrzewa et al., 2013 ; Léonard et al., 2005 ; Maugendre et al., 2009 ; Michel, Purper-Ouakil, Leheuzey, & Mouren-Simeoni, 2003 ; Salmi et al., 2010 ; Scodellaro et al., 2017 ; Szabo et al., 2015). Bref, l'estime de soi, la corporalité, l'image de soi et la performance sportive peuvent être considérées comme des enjeux identitaires (Salmi et al., 2010). Ceci signifie que ces éléments peuvent jouer un rôle important sur le développement de comportements alimentaires et sportifs inadéquats chez les individus en lien avec leur individualité et le désir de se créer une nouvelle identité ou de renforcer la sienne (Ambrose, Matthews, & Rutherford, 2018 ; Stanghellini, Castellini, Brogna, Faravelli, & Ricca, 2012). Il est possible de comprendre l'identité en se fiant à la théorie de l'identité sociale qui stipule que « people tend to classify themselves and others into various social categories as a means of determining selfidentity and belongingness to some larger human aggregate » (Ambrose et al., 2018, p. 271). Ainsi en lien avec le concept d'identité, il est possible d'identifier que les individus ayant une addiction au sport

et ceux ayant un TCA possèdent des caractéristiques communes, ce qui influence les liens entre les deux addictions.

#### *1.3.2.4 Désir d'appartenance et quêtes d'émotions*

Dans un même ordre d'idées, des auteurs mettent de l'avant la notion que certaines caractéristiques, telles que le désir d'appartenance au sein d'un groupe, et divers traits de personnalité et/ou identitaire chez les individus ayant une addiction au sport se retrouve chez les individus souffrant de TCA (Ambrose et al., 2018 ; Cook & Hausenblas, 2008 ; Filaire et al., 2007 ; Lantz, Rhea, & Mesnier, 2004 ; Lichtenstein et al., 2017 ; Maugendre et al., 2009 ; Stanghellini et al., 2012). Dans plusieurs cas, c'est la compulsion chez les individus « addicts » au sport qui influence l'apparition des TCA et vice versa (Cook & Hausenblas, 2008 ; Filaire et al., 2007 ; Lantz et al., 2004). De plus, d'autres caractéristiques communes entre l'addiction au sport et les TCA sont « l'introversion, la dépression, l'inhibition de la colère et l'abnégation » (Kern, 2007a, p. 406). Un autre aspect que les TCA et l'addiction au sport ont en commun est le fait que l'importance dans les deux cas est accordée au corps. L'individu ayant une addiction au sport voit son corps comme l'outil central et nécessaire à la pratique du sport tandis que l'individu ayant un TCA passe de nombreuses heures chaque jour à obséder sur celui-ci (Gaëtan et al., 2018 ; Kostrzewa et al., 2013 ; Véléa, 2002). Selon Filaire et al. (2007), la prévalence des TCA chez les sportifs est liée au fait que « les individus avec une prédisposition aux troubles du comportement alimentaire sont attirés vers certaines disciplines » et que « les demandes de la discipline poussent des athlètes vers des stratégies déviantes du comportement alimentaire, et ce, plus particulièrement dans les sports dits à risque » (p. 53).

En plus des caractéristiques communes énoncées ci-dessus, il est possible d'observer qu'une quête d'émotions et de sensations fortes existe chez les deux groupes. Le modèle psychologique

sous-jacent est teinté de jugement moral. En effet, Gaëtan et al. (2018) ont montré que les étudiantes atteintes de TCA utilisent le sport afin de ressentir diverses émotions. Entre autres, une telle fatigue les détournerait des douleurs émotionnelles qu'elles ressentent. Ainsi, « le sujet pratiquerait une activité sportive dans le but de se détourner de vécus émotionnels qu'il ne peut élaborer psychiquement » (Gaëtan et al., 2018, p. 6). La pratique sportive intensive serait alors utilisée comme illusion de reprise de contrôle sur son corps et sur ses émotions par les individus ayant un TCA, et ce, sans qu'ils se rendent compte que ces pratiques sont toutes aussi malsaines en soi et représentent un « transfert d'addiction ». D'ailleurs, Véléa (2002) nous fait aussi part de ce constat en soutenant que « le sport interviendrait de la même manière qu'un stupéfiant comme remède à la souffrance corporelle ou psychique » (p. 42), et ce chez les « addicts » au sport. De façon semblable, l'étude de Maugendre et al. (2009) nous partage le fait que lorsque la pratique sportive intensive est utilisée comme quête de sensations intenses, un risque plus élevé de développer un TCA est identifié. En effet, « [l]a recherche de stimulations par le sport est mise en relation avec le concept de recherche de sensations qui est défini comme le besoin d'expériences et de sensations variées, nouvelles et excitantes » (Maugendre et al., 2009, p. 439). Ces sensations peuvent donc se trouver dans les TCA, ce qui peut expliquer le développement des TCA chez les individus ayant une addiction au sport.

La littérature sur le sujet montre que les variables explicatives découlant du modèle psychologique sont les plus significatives afin d'expliquer les liens entre l'addiction au sport et les TCA, mais que le modèle sociologique amène tout de même des propos intéressants sur l'influence des normes sociales sur la relation entre les deux problématiques

#### 1.4 Absence de consensus

L'existence d'interrelations entre les troubles du comportement alimentaire et l'addiction au sport ont été démontrées. Les individus ayant une addiction au sport « sont confrontés à un ensemble de situations qui les exposent particulièrement aux troubles du comportement alimentaire » (Filaire et al., 2007, p. 136). Les individus touchés par un TCA peuvent développer une addiction au sport lorsque ce dernier est utilisé comme une façon de brûler des calories et comme moyen d'obtention d'un sentiment de satisfaction personnel afin d'éliminer la « culpabilité d'avoir mangé ou se donner la permission de manger » (Véléla, 2002, p. 45). L'addiction au sport peut ainsi être utilisée comme « moyen de compensation » (Scodellaro et al., 2017, p. 24) afin d'éliminer les calories associées à la consommation d'aliments. De leur côté, Cook et Hausenblas (2008) ont montré que l'addiction au sport façonne les relations face aux TCA. Pour Kostrzewa et al. (2013) et Solenberger (2001), l'addiction au sport constitue un facteur de risque de développer un TCA, maintenir un TCA ou de rechute du TCA. De leur côté, Lantz et al. (2004) déterminent que les sports qui requiert un plus haut niveau d'endurance et de tolérance à la douleur, rendent les individus plus à risque de développer un TCA. Par exemple, les ultramarathoniers sont plus à risque de développer un TCA, non seulement par la nature intensive de leur activité physique et leur tendance à tolérer un niveau de douleur élevé, mais aussi en lien avec une identité sportive plus forte que la moyenne (Lantz et al., 2004 ; Salmi et al., 2010).

Dans un autre ordre d'idées, de nombreuses études établissent que les troubles du comportement alimentaire sont plus fréquents chez les sportifs que chez les non-sportifs, chez les femmes que chez les hommes. Ce sont d'ailleurs plus spécifiquement les jeunes femmes, que ce soit au sein de la population générale ou de la population sportive, qui sont affectées par cette problématique des TCA (Chaulet et al., 2018 ; Filaire et al., 2007 ; Maugendre et al., 2009 ; Michel

et al., 2003 ; Salmi et al., 2010). Par exemple, une étude de Johnson et al. (1999) effectuée auprès de jeunes athlètes détermine que les femmes sportives sont 25% plus à risque de développer un TCA que les hommes. De leur côté, Zeulner et al. (2016) mentionnent que la prédominance des TCA est de 18,9%, chez les athlètes qui effectuent régulièrement un sport d'endurance. De ces athlètes 2,7% peuvent être considérées comme ayant une addiction au sport et un TCA.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les relations entre l'addiction au sport et les TCA, ce qui fait en sorte que la direction des liens n'est pas claire et qu'il n'existe pas de consensus réel sur les liens entre l'addiction au sport et les TCA (Afflelou, 2009 ; Afflelou et al., 2004 ; Filaire et al., 2007 ; Johnson et al., 1999 ; Smolak et al., 2000 ; Sundgot-Borgen, 1993 ; Torstveit et al., 2007 ; Zeulner et al., 2016). Comme énoncé par Salmi et al. (2010 :7) : « le risque de présenter des TCA dans le milieu sportif n'est plus à démontrer. En revanche, apporter des éléments spécifiques ou faire la démonstration que le sport serait à l'origine, favoriserait ou augmenterait le risque n'est toujours pas démontré de manière rigoureuse jusqu'à ce jour. La littérature à ce propos est contradictoire ». Il semble que les études sur le sujet soulèvent plus de questions que de réponses. C'est l'identification de réponses à ces questions que nous tenterons d'explorer davantage dans le cadre de ce mémoire. En effet, certains individus se tournent vers le sport et développent une addiction au sport afin de maîtriser leur poids. Inversement, certains sportifs qui ont une addiction au sport peuvent développer un trouble du comportement alimentaire avec comme objectif d'améliorer leurs performances sportives, plus connu sous le nom d'anorexie athlétique. Ces deux perspectives illustrent la différence entre la dépendance primaire et secondaire. La dépendance primaire serait celle qui apparaît en premier lieu, tandis que la dépendance secondaire serait celle qui apparaît à la suite de la première. Conséquemment, l'addiction au sport peut être la cause ou la conséquence d'un trouble du comportement alimentaire. De plus, il ne faut pas négliger le fait que

l'addiction au sport et les TCA peuvent apparaître de façon simultanée : on parle alors de trouble concomitant.

Ainsi sous cet angle, il est intéressant d'étudier les concepts de dépendance primaire et secondaire. L'addiction au sport et les TCA sont deux problématiques considérées comme des dépendances. Existe-t-il donc réellement une dépendance primaire versus une dépendance secondaire ?

Pour plusieurs auteurs, c'est le contexte de l'addiction au sport qui définit si celle-ci est primaire ou secondaire, autrement dit l'objectif de la pratique sportive (Hausenblas & Symons Downs, 2002 ; Kern, 2007a ; Veale, 1991). De plus, les études sur les interrelations entre les TCA et l'addiction au sport utilisent des critères très variés afin de recueillir, et d'analyser leurs données ce qui fait en sorte qu'il est difficile d'obtenir un accord commun sur la question. En plus du manque de consensus sur les liens existants entre les TCA et l'addiction au sport, les questions entourant la dépendance primaire versus la dépendance secondaire contribuent aussi à justifier la pertinence de ce projet de recherche. Ainsi, ma question de recherche est la suivante : quels sont les liens entre les troubles du comportement alimentaires et l'addiction au sport?

## **CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE**

Afin de répondre à notre question de recherche et d'établir quels sont les liens entre les TCA et l'addiction au sport, le cadre théorique utilisé dans le cadre de ce mémoire est le modèle des niches écologiques du philosophe canadien Ian Hacking. La niche écologique représente une métaphore permettant de comprendre les troubles mentaux et leur aspect transitoire. Comme l'énonce Sills-Néron (2017: 12), « le concept de niche écologique, tiré de l'écologie, représente la place que tient un organisme, autant par rapport aux milieux dans lesquels il évolue que dans les

relations qu'il tient avec les autres ». Ce concept a été développé par Hacking lorsque ce dernier étudiait la fugue, le désir compulsif de « voyager, de manière obsessionnelle, sans être conscient de ses déplacements, sans papier et en ne sachant pas pourquoi » (Sills-Néron, 2017, p. 44). La fugue émerge en France pendant les années 1880 et s'étend alors en Europe comme épidémie, qui dure de 1887 à 1909. Ensuite, elle disparaît assez rapidement, ce qui fait d'elle une « maladie mentale transitoire ». Les études de Ian Hacking sur la fugue soulèvent plusieurs questionnements face à « la nature et l'essence des troubles psychiatriques » (Sills-Néron, 2017, p. 45).

Les troubles mentaux parfois émergent de la biologie, mais peuvent aussi dériver de construits sociaux et d'une variété de facteurs indéterminés. Dans son exemple de la fugue, Hacking identifie quatre vecteurs soit la taxinomie médicale, la polarité culturelle, l'observabilité et le désir d'évasion, qui permettent au trouble de se développer et qui aident à mieux le comprendre. Le modèle des niches écologiques suppose que les « maladies mentales transitoires » se manifestent au fil du temps selon une temporalité limitée, puis qu'ils sont influencés par la façon dont divers facteurs de la vie d'un individu dont le social, le psychologique, le médical, etc. interagissent (Moreno Pestaña, 2006 ; Sills-Néron, 2017).

Les « maladies mentales transitoires » peuvent être définies ainsi :

certains types de maladies mentales et certains arrangements de symptômes sont fortement présents dans certains lieux et à certaines époques, et absentes dans d'autres, même dans le cadre d'une culture à peu près continue. Ce sont là les troubles que j'appelle transitoires, non pas au sens d'apparitions et rémissions au cours de la vie d'une même personne, mais en ce sens qu'ils n'existent qu'à une époque et dans un lieu donné (Hacking, 2002a, p. 34).

En fait, les troubles sont transitoires dans le sens où ces derniers « se transforme[nt] selon le lieu et l'époque dans lesquels il[s] pren[nent] formes » (Sills-Néron, 2017, p. 12). Ces « maladies mentales transitoires », bien que confinées dans une certaine temporalité, peuvent

disparaître et émerger à nouveau, cette fois dans une autre relation espace-temps, parfois sous une forme différente et comportant différentes caractéristiques.

Comme mentionné précédemment, la niche écologique nécessite la présence de quatre vecteurs. Le premier, la taxinomie médicale, stipule que la « maladie mentale transitoire » doit pouvoir se situer à l'intérieur de critères diagnostiques établis. En effet, ce qui est analysé, « c'est le processus, à l'intérieur de l'univers scientifique et professionnel, d'instauration et d'extension d'une taxinomie médicale capable de définir un type de comportement comme pathologique » (Moreno Pestaña, 2006, p. 74). En ce qui a trait aux TCA et à l'addiction au sport, ils possèdent un historique et un cheminement clinique qui permet de les situer dans la taxinomie médicale. À cet effet, pour les TCA, il est possible de voir une évolution considérable de ces phénomènes passant de l'anorexie comme seul TCA à l'anorexie mentale, la boulimie, l'hyperphagie boulimique ainsi que tous les TCA non spécifiés. De plus, les troubles du comportement alimentaire et l'addiction au sport sont accompagnés d'ensembles de critères diagnostiques qui permettent de les définir. Les TCA se retrouvent aussi dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) ce qui valide encore une fois leur emplacement au sein de la taxinomie médicale (American Psychiatric Association, 2013). Pour ce qui est de l'addiction au sport et des addictions comportementales dans leur ensemble, ils se situent aux portes de la reconnaissance ce qui en fait l'intérêt de leur étude.

Deuxièmement, le vecteur de polarité culturelle stipule que la « maladie mentale transitoire » doit se situer entre deux extrêmes, soit « du vice et de la vertu - les vertus qui sont prisées dans la société concernée à l'époque considérée, et les vices qui sont craints » (Hacking, 2002b, p. 551). Les troubles du comportement alimentaire et l'addiction au sport découlent de comportements vus comme non pathologiques et même valorisés lorsque pratiqués dans un certain

contexte social d'un côté, tandis qu'ils peuvent aussi être observés d'un autre côté comme comportement « déviant » et erroné lorsque cela nuit au bon fonctionnement des individus, par exemple au niveau de la santé, de la famille et du travail. Pour ce qui est des TCA, une polarité culturelle est identifiable à plusieurs niveaux, variant selon les époques. Par exemple, l'anorexie nerveuse émerge à une époque où la minceur représente autant un idéal de beauté (vertu), qu'un symptôme de la pauvreté (vertu). Une polarité culturelle est donc identifiable par le fait que les pôles de la vertu et du vice sont présents. Il est possible d'observer des changements au sein du mode de pensée pendant cette période où les corps minces cessent d'être associés seulement à la pauvreté, mais aussi à d'autres problématiques (Darmon, 2008 ; Moreno Pestaña, 2006 ; Sills-Néron, 2017). Aujourd'hui, encore une fois, les modes de pensées se sont développés avec le temps et continuent de changer au quotidien.

En ce qui concerne l'addiction au sport, la pratique sportive est majoritairement associée au bien-être. Ainsi, il est possible d'observer l'activité physique de façon positive en tenant compte des avantages que l'activité physique procure en comparaison avec les addictions dites négatives comme les drogues et l'alcool (Glasser, 1985). Cependant, une polarité culturelle existe lorsqu'on identifie les composantes plutôt négatives de la pratique sportive, comme lorsque celle-ci vient interférer négativement avec le fonctionnement des individus (dopage, blessure, etc.). De plus, ce vecteur tient aussi compte des catégories d'individus auxquels on associe l'addiction au sport et les TCA, ainsi que les perceptions sociales associées à ces deux problématiques.

Troisièmement, le vecteur d'observabilité soutient que la « maladie mentale transitoire » doit pouvoir être observable, visible, identifiable, comprise et qualifiée potentiellement comme déviance. En effet, comme l'énonce Hacking (2002b, p. 551), « pour qu'une forme de comportement soit considérée comme un trouble mental, il faut qu'elle soit étrange, perturbante et

remarquée ». Il mentionne le fait qu'un déséquilibre doit exister entre ce qui est considéré comme comportement « normal » et ce qui crée un comportement alors conçu comme plutôt pathologique. Chez les individus atteints de troubles mentaux, certains éléments diagnostiques doivent être observables d'un point de vue externe. Dans le cadre de ce mémoire, les TCA et l'addiction au sport peuvent être observés en tant qu'éléments perturbants la vie des individus concernés. Les deux problématiques sont visibles par des observateurs externes et constituent un élément perturbateur. Pour ce qui est des TCA précisément, ceux-ci sont connus de la société et les comportements alimentaires déviants sont facilement observables d'un point de vue scientifique. De plus, Sills-Néron (2017, p.55) énonce en lien avec le vecteur d'observabilité et l'anorexie mentale que « l'observation de facteurs physiques commence également à se mesurer avec la pesée des enfants et le suivi médical du poids. L'économie familiale s'attarde également à la nutrition comme facteur de santé. La corpulence devait être contrôlée. La sous-alimentation est aujourd'hui mesurable par l'indice de masse corporel ». Pour ce qui est de l'addiction au sport, des comportements à l'écart de l'ordinaire en lien avec la pratique sportive sont remarqués lorsqu'on parle d'addiction. L'entourage des individus affectés est souvent le premier à en faire mention. La pratique sportive régulière est déstabilisée et l'individu touché.

Quatrièmement, le vecteur du désir d'évasion stipule que le « comportement pathologique doit permettre d'atteindre des objectifs vitaux qui seraient inaccessibles d'une manière normalisée » (Moreno Pestaña, 2006, p. 72). Ce vecteur soutient que chez les individus atteints de « maladies mentales transitoires », il existe un désir de s'échapper, la quête d'« une liberté qui relâchait leur souffrance quotidienne » (Moreno Pestaña, 2006, p. 89-90). Cette « liberté » serait ainsi atteinte par l'entremise du trouble en soi. Ainsi, les émotions véhiculées par les individus touchés sont observées par l'entremise de ce vecteur, de même que les facteurs qui influencent le

contexte social et les éléments entourant le développement des troubles mentaux. Au niveau des TCA et plus précisément en ce qui a trait à l'anorexie mentale, Sills-Néron (2017, p. 56) mentionne que le trouble « est donc une fuite à une société anxigène pour les femmes ». Elle mentionne aussi le fait que notre société d'aujourd'hui est très exigeante sur l'entité féminine. Les femmes sont tenues de tenir plusieurs rôles en même temps, et ce à la perfection, comme celui de mère, de femme, d'employé, de gérante, de sportive, d'individu, etc. (Darmon, 2008 ; Sills-Néron, 2017). De plus, le corps de la femme se voit décortiquer constamment et plusieurs attentes face à la beauté du corps sont en place (Darmon, 2008 ; Sills-Néron, 2017). Quant à l'addiction au sport, l'intensité à laquelle le sport est pratiqué est souvent en lien avec le désir de s'évader du stress de la vie de tous les jours, des problèmes du quotidien (Hamer & Karageorghis, 2007). « Consommer par leur addiction », les individus cherchent ainsi l'atteinte d'une « liberté » qu'ils ne peuvent rejoindre autrement que par l'entremise de la pratique sportive.

Bref, les TCA et l'addiction au sport peuvent être identifiés au sein des quatre vecteurs de la niche écologique selon Ian Hacking (1998). Il est pertinent de noter comment l'addiction au sport est en processus de reconnaissance, ainsi la pertinence de son analyse à l'aide de la théorie des niches écologiques.

### **CHAPITRE 3 : ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE**

Dans ce chapitre seront expliqués les aspects méthodologiques de la recherche. La méthodologie du mémoire consiste en l'ensemble des méthodes scientifiques qui seront utilisées afin d'effectuer le choix, la collecte et l'analyse de nos données. Dans le cadre de ce travail, la méthodologie qualitative sera présentée de façon générale, suivie des techniques méthodologiques et des considérations éthiques en lien avec le mémoire.

### 3.1 Description de la méthodologie

Dans le cadre de la recherche en travail social, il est possible d'utiliser deux types de méthodologie afin de mettre en œuvre la recherche : la méthodologie d'ordre quantitative et la méthodologie d'ordre qualitative. En premier lieu, la méthode quantitative est la méthode de recherche généralement préconisée dans le monde scientifique. Elle est influencée par un mode de pensée positiviste, ce qui signifie que seuls les faits observés et/ou expérimentés sont vrais (Grinnell & Unrau, 2005). En travail social, la recherche quantitative est moins utilisée, mais si elle demeure tout de même fort pertinente afin de pouvoir généraliser des résultats à l'ensemble d'une population (nous verrons cependant que cette généralisation est tout de même possible avec les données qualitatives lorsque la saturation empirique des données est atteinte).

L'analyse qualitative est, quant à elle, utilisée afin de déterminer le « pourquoi » des choses; elle est donc préconisée en sciences sociales afin de comprendre les réalités sociales (Poisson, 1991 ; Poupart, 2012). Selon l'analyse qualitative, il existe plusieurs réalités subjectives qui sont énoncées par les divers participants (Grinnell & Unrau, 2005). En effet, l'analyse qualitative consiste à « scrute[r] en profondeur un corpus en fouillant systématiquement, au moyen de fines catégorisations, tous les éléments de son contenu, que le chercheur s'oblige à retracer, à classer, à comparer et à évaluer » (Leray, 2008, p. 6). Il s'agit dès lors de développer davantage le savoir émique, issu de l'expérience des sujets. La recherche qualitative est directement produite « par les interactions entre le chercheur et les acteurs sociaux qu'il étudie » (Olivier de Sardan, 1998, p. 158).

Quelques avantages de la technique qualitative dans le cadre de ce mémoire sont le fait que toutes les expériences sont vues comme uniques et que les réalités présentées varient d'un individu à l'autre. En effet, les TCA et l'addiction au sport sont deux problématiques qui se vivent

différemment selon les individus. Par le biais de la technique qualitative, nous chercherons donc à comprendre pourquoi les individus se considèrent comme « addicts » au sport et quels sont les événements dans leur vie qui les amènent à se considérer ainsi, pour les TCA nous cherchons les mêmes éléments ainsi que la possibilité d'un diagnostic officielle ou non. (Bloor, Frankland, Thomas, & Robson, 2001 ; Grinnell & Unrau, 2005). De plus, la méthodologie qualitative peut « viser tout autant à l'exploration, la description, la classification, la comparaison, l'interprétation ou l'explication du phénomène étudié » (Dorais, 1993, p. 20), afin de vraiment puiser dans les propos des individus et obtenir une compréhension juste de leurs expériences.

Les limites générales de l'analyse qualitative sont le fait que les données sont parfois difficilement généralisables à l'ensemble d'une population. En effet, avec l'analyse quantitative des données, la généralisation se trouve la majorité du temps plus robuste. De plus, la méthodologie qualitative laisse davantage de place à l'interprétation, ce qui peut s'avérer potentiellement négatif (Bloor et al., 2001 ; Grinnell & Unrau, 2005). Cependant, bien que pour plusieurs la subjectivité du chercheur est identifiée en tant que limite de la méthodologie qualitative, nous croyons qu'il est possible de rester objectif dans cette recherche par l'utilisation d' « une démarche systématique et rigoureuse » (Poisson, 1991, p. 19). Ainsi, nous avons l'objectif de tendre vers l'objectivité tel que défini par Gauthier (2008 : 1-17) et qui se caractérise par trois éléments: « Attitude d'appréhension du réel basée sur une acceptation intégrale des faits (ou l'absence de filtrage des observations autre que celui de la pertinence) »; « Refus de l'absolu préalable (ou l'obligation du doute quant à toute conception préexistante) »; et « Conscience de ses propres limites ».

Dans le cadre de ce mémoire, la méthodologie qualitative sera privilégiée, car celle-ci permet de « rendre compte de la réalité des acteurs » (Poupart, 2012, p. 61), ayant une addiction au sport et un TCA. D'ailleurs, l'analyse qualitative permet « d'expliquer les réalités sociales »

(Poupart, 2012, p. 61), ce que nous cherchons à étudier afin d'établir les liens entre les TCA et l'addiction au sport. Nous cherchons à comprendre entre autres, le sens donné à ces deux problématiques par les individus, comment celles-ci affectent leur quotidien, quelles expériences de vie sont venues modeler leurs réalités et ainsi de suite. Aussi, l'analyse qualitative permet de laisser la liberté aux interviewés de prendre la direction désirée dans l'entretien<sup>2</sup>, afin de vraiment centrer le tout sur leurs expériences personnelles, ce qui permet la reconnaissance de leur expertise sur le sujet étudié (Bloor et al., 2001 ; Grinnell & Unrau, 2005 ; Poisson, 1991 ; Poupart, 2012). Ceci est particulièrement avantageux, surtout en ce qui a trait à l'addiction au sport, étant donné que cette addiction comportementale n'est pas très encore reconnue au sein de l'ensemble de la population et dans le milieu médical. Du côté des limites de la méthodologie qualitative, étant donné que notre sujet est peu étudié statistiquement au Canada, il aurait été tout de même intéressant d'utiliser une méthodologie quantitative afin de pouvoir généraliser des résultats à l'ensemble d'une population. Finalement, seule notre propre interprétation des données sera véhiculée dans ce travail ce qui limite potentiellement les avenues possibles et les lunettes portées lors de l'analyse des données. Les mêmes données analysées par quelqu'un d'autre pourraient présenter un portrait différent (de Gialdino, 2012 ; Grinnell & Unrau, 2005).

### 3.2 Description des techniques méthodologiques

La technique méthodologique utilisée pour la collecte de donnée sera l'entretien semi-dirigé, et plus spécifiquement l'entretien biographique. Ce dernier est une méthode de recherche qualitative qui est fortement utilisée dans le domaine de la sociologie et qui consiste à « susciter la production d'une parole centrée sur la personne interviewée et rendant compte de fragments de

---

<sup>2</sup> Les entretiens sont semi-dirigés, ainsi les individus n'ont pas la liberté totale sur le déroulement, mais bien partiel.

son existence, de pans de son expérience, de moments de son parcours, d'éléments de sa situation » (Demazière, 2008, p. 16). Cette stratégie permet de faire valoir le point de vue des participants et consiste en une interaction entre les participants et les chercheurs. L'entretien biographique sert à comprendre une problématique particulière en profondeur, et de « l'intérieur » en obtenant de l'information sur toutes les sphères de l'univers social des individus en tenant toujours compte de la temporalité (Demazière, 2008 ; Pilote & Garneau, 2011). Les entretiens biographiques sont menés à l'aide d'un guide d'entretien. Une certaine ouverture est tout de même laissée aux chercheurs, c'est-à-dire qu'il n'est pas nécessaire de poser toutes les questions et de suivre l'ordre préétabli. Ainsi, et autant que possible, l'entretien sera mené ouvertement afin d'assurer le confort et le respect du participant (Quivy & Campenhoudt, 2011).

Cette méthode sera pertinente dans le cadre de mon mémoire de maîtrise, car elle permet d'obtenir tous les détails sur l'ampleur de la problématique des TCA chez les personnes ayant une addiction au sport. À l'aide de l'entretien biographique, il serait possible d'effectuer un portrait plus global de la situation en commençant dès l'enfance avec l'obtention de tous les éléments ayant façonné le parcours de vie des individus afin d'arriver à comprendre ce qui les a amenés à développer un TCA et une addiction au sport. Avec l'entretien biographique, il sera possible de déterminer les premiers signes de l'apparition des TCA et de l'addiction au sport, ainsi que la façon dont les individus les interprètent. On pourra aussi tenir compte des rôles occupés par leur entourage ainsi que les répercussions identifiées sur la vie quotidienne. En effectuant un entretien biographique, nous allons pouvoir également questionner les individus sur la prise en charge de leur TCA et de l'addiction au sport ainsi que les effets observés sur la vie quotidienne.

### 3.3 Le recrutement

La population étudiée dans le cadre de ce mémoire est celle d'individus atteints de troubles du comportement alimentaire (TCA) et se définissant comme « addict » au sport. Les individus peuvent ainsi s'autoreconnaître selon leur propre définition. En ce qui a trait aux critères de sélections, pour participer à cette recherche, les participants devaient premièrement soit s'autodésigné comme ayant une addiction au sport. Deuxièmement, ils devaient être atteints d'un trouble du comportement alimentaire, diagnostiqué formellement ou autodésigné. Nous sélectionnerons les participants par choix raisonné (Pires, 1997). L'échantillon fut ainsi choisi par nous-mêmes à partir de critères pertinents par rapport à notre question de recherche, à savoir des individus ayant une addiction au sport et un TCA. Nous avons l'intention d'interroger environ 4 à 5 personnes et d'appliquer le principe de diversification interne pour constituer notre échantillon afin de « [...] donner le *panorama le plus complet possible* des problèmes ou situations, *une vision d'ensemble* ou encore un *portrait global* d'une question de recherche » (Pires, 1997, p. 155). Ainsi, les participants devaient initialement être recrutés par l'entremise du Loricorps, un organisme qui offre des soins cliniques et se spécialise dans les troubles du comportement alimentaire situé à Trois-Rivières.

Plus précisément, notre recrutement visait les individus-cibles (terme qu'ils donnent aux clients) de l'organisme qui se désignaient comme ayant une addiction au sport. Les affiches de recrutement furent donc posées à cette fin dans les locaux du Loricorps. Nous voulions interroger quatre (n=4) individus, mais malheureusement nous avons été en mesure de recruter un seul (n=1) participant dans ce milieu. Le recrutement ne fut pas plus fructueux, car les individus qui recevaient les services à ce moment ne se désignaient pas comme ayant une addiction au sport.

Nous avons ensuite effectué une demande de publication d'affiches auprès de vingt-deux (n=22) groupes Facebook entre la fin mars et le début avril 2019. Ces groupes furent identifiés avec les mots clés suivants : « sport et nutrition », « sport and nutrition », « sport addiction », « addiction au sport », « running addiction », « cycling addiction », « triathlon addiction », « fitness addiction », « eating disorder » et « trouble du comportement alimentaire ». Sur les vingt-deux (n=22) groupes, dix (n=10) ont offert une réponse positive, tandis que neuf (n=9) n'ont pas répondu et trois (n=3) ont refusé la publication de notre affiche. Les refus étaient principalement motivés en lien avec la protection de leur membre ainsi que par les nombreuses demandes reçues pour le partage d'affiches de recrutement. Certains modérateurs ont également mentionné que les membres de leur groupe étaient « fatigués » de recevoir des demandes afin de participer à la recherche. Au travers des groupes Facebook, nous avons réussi à recruter un (n=1) autre participant.

Nous avons également voulu distribuer nos affiches de recrutement dans les salles d'entraînement. Sur les dix-sept (n=17) salles d'entraînement visitées, uniquement une salle (n=1) a accepté d'apposer nos affiches de recrutement. Le refus est attribué selon les commis aux politiques des établissements qui n'acceptent pas ce genre de publication dans leurs établissements. Cependant, il ne faut pas négliger que le fait d'étudier l'addiction au sport en tant que phénomène potentiellement négatif peut avoir aussi influencé leur choix de ne pas publier nos affiches. Le sport est particulièrement vu comme positif dans les salles d'entraînement, ce qui signifie que notre recherche aurait pu être considérée comme possiblement allant à l'encontre des valeurs de ces établissements.

La dernière source de recrutement fut les médias sociaux personnels (Facebook, Instagram et Twitter) de la chercheuse où les affiches de recrutement furent postées. Nous avons obtenu une

(n=1) dernière réponse positive. Notre recrutement s'est donc avéré beaucoup plus difficile que prévu. Notre échantillon final est ainsi composé de trois (n=3) individus.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon (n=3)

Participants	Âge	Genre	Langue parlée à la maison	Statut matrimonial	Dernier niveau d'études complété	Revenu
Bellamy	40	Homme	Français	Célibataire	DEC	40 000\$ - 60 000\$
Octavia	53	Femme	Anglais	Célibataire	Baccalauréat	60 000\$ - 80 000\$
Clark	30	Femme	Anglais	Célibataire	Secondaire	40 000\$ - 60 000\$

### 3.4 Procédure d'analyse de données

L'intention initiale était de recueillir un groupe relativement homogène auquel s'appliquerait le principe de la diversification interne (par rapport à des variables classiques - âge, sexe, genre, classe sociale, etc., et stratégique - type de sport et type de TCA) (Pires, 1997). Par la suite, la généralisation aurait pu se faire par le biais du principe de saturation empirique. Ce principe tel qu'énoncé par Pires (1997) « désigne alors le phénomène par lequel le chercheur juge que les derniers documents, entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes pour justifier une augmentation du matériel empirique » (p. 157). Ainsi, il est possible de généraliser lorsque nos données saturent. Il n'est pas toujours nécessaire d'obtenir la saturation de tous les sous-thèmes, mais bien de l'obtenir au niveau de l'ensemble des données (Pires, 1997). Malheureusement, malgré l'intention d'obtenir la saturation empirique des données, celle-ci ne fut pas atteinte pour ce mémoire en raison des multiples défis envisagés.

Il avait été prévu initialement que les entretiens biographiques soient enregistrés sous format audio afin d'être transcrits intégralement. Cependant, une des entrevues a été effectuée par messagerie en ligne. La démarche d'analyse de données privilégiées a été l'analyse thématique. Cette dernière sert à « repérer les unités sémantiques qui constituent l'univers discursif de l'énoncé » (Negura, 2006, p. 4). Les verbatim ont donc analysé pour faire ressortir les thèmes les plus fréquents en lien avec les troubles du comportement alimentaire et l'addiction au sport (Mucchielli & Paillé, 2012). Afin de bien codifier les verbatim et d'explorer les éléments significatifs, les paragraphes ont été utilisés comme unité de sens et des thèmes ont été accordés à chacun (L'Écuyer, 1990 ; Mucchielli & Paillé, 2012). La codification fut effectuée selon les éléments de la théorie des niches écologiques, c'est-à-dire que, les thèmes furent établis à l'avance selon une perspective déductive. Les thèmes de notre canevas d'entrevue correspondent aux quatre vecteurs du modèle des niches écologiques de Ian Hacking : l'observabilité, la polarité culturelle, le désir d'évasion et la taxonomie médicale.

### 3.5 Considérations éthiques

#### 3.5.1 Analyse critique des retombées positives potentielles

Nous espérons que notre recherche pourra offrir davantage de pistes de recherche pour les professionnels au niveau de l'intervention auprès d'individus ayant un TCA et une addiction au sport. Notamment, trop souvent dans les études, la parole des participants est automatiquement anonymisée ce qui leur enlève leur voix et leur pouvoir<sup>3</sup>, ainsi nous avons offert le choix de rester anonyme ou non aux participants.

---

<sup>3</sup> Voir la thèse de Katharine Larose-Hébert intitulé « Quand les mots se heurtent aux maux: Portait d'un discours morcelé. Étude de l'expérience subjective des personnes utilisatrices des services de santé mentale au Québec. », repéré au [https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/34309/1/Larose-He%CC%81bert\\_Katharine\\_2016\\_the%CC%80se.pdf](https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/34309/1/Larose-He%CC%81bert_Katharine_2016_the%CC%80se.pdf)

### 3.5.2 Enjeux éthiques de l'usage de certains concepts ou théories

Lorsque l'on traite d'un sujet comme l'addiction au sport, il faut faire attention de ne pas rendre le sport pathologique. Le sport comme tel n'est pas problématique (même pratiqué de façon intensive) s'il n'est pas addictif. En effet, la pratique sportive présente généralement de nombreux avantages pour le bien-être physique et psychologique (Booker, Skew, Kelly, & Sacker, 2015 ; Donaldson & Ronan, 2007 ; Downward & Rasciute, 2011 ; Glasser, 1985 ; Leroux-Sostenes & Rouvrais-Charron, 2010 ; Pál, 2018). En ce qui a trait à l'addiction au sport, nous analysons seulement les cas où cette pratique sportive est devenue symptomatologique. Ainsi, il est important de ne pas pathologiser le sport dans nos écrits, mais plutôt de présenter une addiction comportementale peu étudiée (Allegre & Therme, 2007 ; Di Lodovico, Poulmais, & Gorwood, 2018 ; Hailey & Bailey, 1982 ; Lichtenstein et al., 2017 ; Véléa, 2002 ; Zeulner et al., 2016).

Les troubles du comportement alimentaire sont, quant à eux, des troubles inscrits dans le DSM-5 : ils s'inscrivent dans un contexte où de nombreuses publicités et tendances englobent l'alimentation. Ainsi, les différents médias (sociaux ou autres) relaient des messages complexes et parfois contradictoires (cf. véganisme, alimentation sans gluten, sans lactose, etc.). De plus, on identifie la recherche d'une minceur comme idéal social, et ce particulièrement chez les jeunes femmes par exemple, minces (femmes), musclées (hommes), etc. (Chalet et al., 2018 ; Filaire et al., 2007 ; Léonard et al., 2005). Nous pensons que des enjeux éthiques importants émergent du fait que les TCA sont psychologisés malgré le fait qu'ils représentent aussi une problématique sociale, à savoir une société fondée sur un idéal de minceur. Ainsi, parler et utiliser ce concept de TCA dans nos recherches implique un danger de psychologisation dans lequel nous essayerons de ne pas tomber lors de nos analyses (Lapierre, Moreau, & Larose-Hébert, 2011).

### 3.6 Considérations autoréflexives

Afin de maintenir une optique critique et autoréflexive tout au long du processus de recherche, je vais devoir constamment me questionner sur mes biais et mes limites personnelles. En effet, dû au fait que mon stage s'est déroulé dans le milieu où j'avais tenté de recueillir mes données, il fut important pour moi de prendre du recul face à mon rôle d'intervenante lorsque j'occupais le rôle de chercheure. Je suis reconnaissante que je possède mes propres biais face à l'alimentation, aux TCA et face au sport. Ainsi, je vais devoir tenir compte de ces biais afin d'analyser cette problématique dans toute son ampleur. Cependant et malgré mes efforts d'impartialité, je reconnais que « la production de connaissance est rarement une simple description du phénomène social d'intérêt », et que « [l]e regard du chercheur impact l'objet même de l'étude » (Casilli & Tubaro, 2016, p. 142-143).

## **CHAPITRE 4 : RÉSULTATS**

Nous exposerons, dans ce cinquième chapitre, les résultats obtenus à la suite des entrevues de recherche. Ils seront organisés selon les quatre vecteurs présentés par Ian Hacking (1998) afin de montrer comment les TCA et l'addiction aux sports répondent aux vecteurs afin d'être considérés comme des « maladies mentales transitoires ».

### 4.1 Taxonomie médicale

Dans chacune des entrevues, les participants ne doutent pas de l'existence des TCA et de l'addiction au sport comme de réelles problématiques de santé mentale. L'ensemble des participants identifie une taxonomie médicale pour chacune des problématiques et ils font un lien direct entre celles-ci. Selon eux, il est indéniable que ces deux troubles sont interreliés. Sur les trois participants, deux d'entre eux ont obtenu des diagnostics officiels de la part de professionnels

de la santé en ce qui a trait aux TCA. Une participante fut même diagnostiquée à plusieurs reprises avec divers TCA : « 1987, I was diagnosed first with anorexia and then in 1988 Bulimia nervosa » (Octavia). Certains participants ont passé en effet de longues périodes de temps en institution afin de « subir » des traitements pour leur TCA. Une des participantes relate ainsi avoir passé six séjours en centre de traitement : « I was admitted into my first of six stays in a treatment facility. This diagnosis was Bulimia Nervosa. I wasn't permitted to exercise but was sneaking it in my room. The rest were anorexia » (Octavia). Un autre participant a même déménagé sur un autre continent afin de recevoir des soins :

*La première hospitalisation c'était en 1999. C'était à l'hôpital. Pis après ça, en 2002, on a vu qu'on pouvait rien faire pour moi à l'île de la Réunion. Pis même une fois j'avais été hospitalisé 8 mois pis j'avais pas repris de poids. Je faisais tout là pour berner les médecins. Fait que j'ai été envoyé en France en 2002, j'ai fait trois hôpitaux en France et la dernière était à Saint-Étienne, ça a été une période de 7 mois. (Bellamy)*

La dernière participante n'a pas subi de traitement médical pour son TCA, car elle craignait qu'en partageant son problème d'anorexie mentale avec des professionnels (ou même avec sa famille ou ses amis), d'être forcée de suivre un traitement ou d'être hospitalisé :

*I didn't know what would happen. Would they send me somewhere? Would I have to like in a hospital? I've seen so many stories about people who were in the hospital and I didn't want that. You know? I didn't want to be Karen Carpenter like my dad said I was going to. So I just didn't tell anybody. (Clarke)*

Dans les deux cas où les participants ont été hospitalisés, ces hospitalisations étaient associées au TCA et non à l'addiction aux sports. Cependant, l'addiction aux sports a toujours été mentionnée comme allant de pair avec le TCA : « It [l'addiction aux sports] has always been treated as part of the eating disorder. When I was originally diagnosed, there wasn't this diagnosis » (Octavia). De son côté, Bellamy partage que même s'il n'a pas été diagnostiqué « addict » aux sports par un professionnel, il relate que « c'est parce qu'à un moment donné  $1+1=2$  », dans le sens que ses

comportements face aux sports sont si problématiques selon lui que logiquement cela signifie qu'il est « addict » au sport.

Ainsi, pour l'addiction au sport, le sentiment de bien-être résulte de la pratique sportive elle-même, alors que pour les TCA, il s'agit d'un bien-être plutôt lié au fait que leur entourage prend soin d'eux. Il serait possible de dire qu'il existe un bien-être primaire et un bien-être secondaire. Le bien-être primaire étant celui ressenti en premier suivit du bien-être secondaire comme objectif second du comportement.

Dans un autre angle d'idée, il est intéressant de noter que sous un angle plutôt neurologique, un participant nomme les effets de l'endorphine sur le cerveau et comment ceux-ci ont eu effet sur ces comportements face au sport : « La caféine, la cocaïne, le THC, tout ce qui est drogue, alcool, ça amène les gens dans un état de... Mais l'endorphine pis tout ce que le... l'activité physique développe c'est une drogue. Pis moi j'étais « addict » à cette drogue-là ». (Bellamy)

#### 4.2 Observabilité

Afin d'être considéré comme une « maladie mentale transitoire », le trouble doit être identifiable et observable et présenter un degré de perturbation du quotidien des individus. Plusieurs acteurs sont identifiés comme étant les observateurs du TCA par les participants. Dans ce contexte, on peut observer que les parents et les proches sont souvent considérés comme acteur clé à ce niveau : « my parents started saying things like they thought I was developing an eating disorder [...] I lost weight and my family realized I had an issue. » (Octavia) De son côté, une participante nomme le fait que bien que ses parents en eussent connaissance, ils n'ont jamais rien mentionné : « I think they knew that something was going on but we never ever talked about it. » (Clarke) Lors d'une discussion avec sa mère avant son décès, celle-ci mentionne qu'elle savait que sa fille avait un TCA « we knew what happened, we weren't stupid » (Clarke). Malgré cela ses

parents n'ont jamais agi à ce sujet de façon directe afin de chercher du support pour Clarke.

Les amis ont aussi leur rôle à jouer dans l'identification des problématiques : « my friends intervened and took me to the school nurse » (Octavia). Pour une autre participante, ce ne sont pas tant les amis, mais plutôt les collègues de classe qui faisaient de l'intimidation « I wouldn't say my friends made comments but I did get a lot of bullying in high school about my weight because I was really, really thin » (Clarke).

Du côté de l'addiction au sport, il est notable que les participants s'identifient eux-mêmes en tant qu'ayant une addiction aux sports et ne mentionnent pas que leur addiction au sport ont été repérés par les professionnels de la santé, la famille ou les amis. Lorsque la question leur fut posée, soit « est-ce que vous vous considérez comme ayant une addiction au sport », ils eurent tous une réponse positive. Une participante nomme même qu'elle a seulement réalisé plus tard qu'elle était « addict » aux sports, « Oh crap! You know I had a really serious eating disorder and body image issues and the addiction to working out » (Clarke).

Pour une participante, c'est au travers de la présence de l'addiction au sport dans les médias sociaux qu'elle découvre ce concept « I've heard about it because social media is really strong these days. So I've remembered like reading articles about people who are addicted to working out and that kind of stuff was always... and eating disorder as well, it's kind of always interested me » (Clarke).

Les TCA et l'addiction aux sports sont des problématiques qui perturbent le quotidien des individus. Premièrement, sur le plan occupationnel, il est possible d'observer que les TCA et l'addiction aux sports affectent le rapport au travail ainsi que le fonctionnement social des individus. Un participant fut ainsi forcé de cesser de travailler : « Pis un moment donné ben mes boss ils m'ont mis en congé forcé chez les pompiers parce que ben je pouvais pu être efficace en

intervention. Je savais des vies fait que je pouvais même... Il fallait que je sauve la mienne d'abord. » (Bellamy)

À quelques reprises le manque d'énergie pour effectuer les tâches requises pour l'emploi est nommé comme conséquence des TCA : « I remember being ... feeling really weak at work and stuff like that » (Clarke). L'addiction aux sports vient consommer un participant au point où il n'arrive pas à se concentrer au travail ni dans ses activités quotidiennes :

*Je veux tellement ressentir un bien-être dans ma vie que c'est juste... Je vous mens pas là, mes jambes frémillent... me démangent. J'ai tellement le goût de retrouver ma gang de vélo, pour aller faire du vélo, mais en même temps je suis inquiet parce que je suis blessé. Mais je suis au travail pis j'arrive même plus à penser au travail. J'arrive même plus à me concentrer sur le travail. Je pense juste « Ah, je vais faire du vélo, je vais faire du vélo samedi, je vais faire du vélo dimanche, je vais faire du vélo ». Là je sais qu'on va avoir des sorties le mardi, le mercredi, le samedi et le dimanche. Je commence déjà à m'inquiéter parce que le mercredi il faut que je travaille jusqu'à 20 heures. Fait que je vais pas pouvoir aller rouler. Je m'inquiète déjà parce que là cet été les samedis et le dimanche c'est nos sorties de « long ride ». S'il pleut, je peux pas aller rouler. Là c'est la fin du monde. (Bellamy)*

Pour une autre participante, c'est vraiment l'anxiété associée à son TCA qui vient nuire à son bon fonctionnement:

*And then that was really stressful for me, so even going to work would stress me out because I knew I'd have to eat in front of people. That's something that I struggle with now in my day-to-day, like eating in front of people. Unless, I'm really, really comfortable with them, I just can't do it, you know? That's just something that I've always had a problem with. I don't like going out to dinners, it makes me feel really weird. [...] And I still get really weird when I'm eating in front of people. I can't eat like if there's any sort of anxiety around. If my kitchen's a mess I can't eat. If there's music playing I can't really eat. If there's people I don't know who are with me, I can't really eat. (Clarke)*

Deuxièmement, plusieurs conséquences des TCA et de l'addiction au sport sont observables sur le plan physique chez les participants. En fait, une des caractéristiques de l'addiction au sport comme observé ci-dessus est le fait de continuer la pratique sportive malgré

les blessures : « I have had various injuries and illnesses but always ran despite of » (Octavia). Ceci est illustré par les propos des participants, « moi, quelqu'un "d'addict" aux sports c'est quelqu'un qui ne sait plus écouter son corps. Malgré ses blessures il va y aller. C'est mon cas. » (Bellamy). Deux participants ont ainsi mentionné des problèmes cardiaques dus à leur pratique sportive intensive et leur TCA : « il [le médecin] a vu que mon cœur battait extrêmement bas. Il trouvait pas ça normal. Fait que on m'a fait rentrer à l'hôpital pis là on a vu que mon cœur battait lentement parce que j'étais sportif » (Bellamy). Une participante a même continué de courir, malgré des défaillances cardiaques: « I also ran when in heart failure » (Octavia). De plus, en ce qui concerne les conséquences physiques, il est nécessaire de noter le faible poids associé principalement au TCA, mais aussi à l'addiction au sport par la perte de poids que l'activité physique peut entraîner, et les effets nocifs de celui-ci sur la santé, par exemple pour une participante : « I dropped to 80 pounds and was struggling to run. I was told I would die if I collapsed. I still did it anyway. I was only 27. » (Octavia) D'un autre côté, un participant énonce avoir subi plusieurs effets indésirables sur le plan de la santé associée à un faible poids :

*Mais de 43 kilos je suis passé à 29. J'avais complètement arrêté. Puis à 29 kilos ben je me regardais dans la glace pis je trouvais ça encore... Pis le matin je tentais de faire des abdos et tout ça, mais un moment donné j'étais plus capable, j'avais perdu l'usage de mes jambes, j'étais quasiment rendu chauve (...) En fin de compte le corps humain il va tout éteindre. (...) C'est comme s'il éteint toutes les petites lumières pour garder ça en vie, le principal. Fait que j'avais perdu l'usage de mes jambes, j'étais alité 24 heures sur 24. Puis j'entendais quasiment plus, je voyais quasiment plus rien, je sentais plus rien. Les médecins me disaient que mon foie il était rendu de même [signe de petit fait avec les mains], ils ne savaient pas comment je vivais. (Bellamy)*

Du côté des problèmes physiques, une participante mentionne le fait qu'elle tentait d'éviter les visites chez le docteur, car elle savait qu'elle souffrait d'une déficience nutritive dus à l'anorexie nerveuse, tout en sachant que sa mère croyait que les carences nutritives s'expliquaient par son végétarisme:

*she would drag me to the doctor and forced me to get a lot of blood tests and stuff like that. Until I was age 16, then you have autonomy at age 16. If you don't want your parents don't have to come into the doctor's office with you and stuff like that's, so that's when I started like rejecting, like not allowing them to give me blood tests and whatnot. (Clarke)*

En troisième lieu, il est aussi possible de noter un certain nombre de conséquences psychologiques des TCA chez les individus. En particulier, un participant associe la saleté au fait de sustenter:

*Je me sens souillé... L'être humain a besoin de nourriture pour se nourrir. Quand je fais du sport, on dirait que je me sens nettoyé, je me sens vide à l'intérieur. Je ressens aucun inconfort. La nourriture m'amène de l'inconfort incroyable. J'ai des gaz tout le temps, j'ai des ballonnements. Quand je mange là, ici j'ai l'impression que ça fait même... c'est comme un entonnoir, j'ai l'impression quelqu'un vient comme pfft! Ça « squeeze ». La peur de... J'arrive même pas à comprendre ce qui se passe. Fait que quand je fais du sport on dirait que toute mon corps se sent lavé. Quand je mange, pis surtout si j'ai pas fait de sport, je me sens sale. (Bellamy)*

Il relate aussi avoir eu des pensées suicidaires en lien avec son TCA, car, lorsque le TCA est plus fort que lui et qu'il ne mange pas, ceci lui enlève son plus grand plaisir dans la vie : « le seul plaisir que j'ai là c'est quand je mange. Pis quand j'ai pas ce plaisir-là j'ai envie de... je vais dire le mot là, de me suicider » (Bellamy). Il partage ce ressentiment qui est aussi associé à la détresse que la consommation d'aliment lui amène, par exemple :

*Moi, il fallait que je déjeune à 8 heures même si c'était juste une demi-tranche de pain ou... il fallait que ça soit à 8 heures. 8 heures et 1 est dépassé, pour moi, je voulais me suicider parce que mon heure de déjeuner c'était 8 heures. À midi il fallait que je mange. Si je mangeais à midi et 1 on dirait que toute mon corps il voulait comme se désintégrer. Fait que c'était entre midi et 1 heure. (...). Pis le soir c'était 8 heures. Pis passé 8 heures ou à 7 heures 59, c'était non. 8 heures, je commençais à manger. Midi, je mange. 8 heures le matin, je mange. Pis c'était des pesées trois à quatre fois par jour. (Bellamy)*

Octavia partage à son tour que le TCA a beaucoup affecté sa santé mentale « I felt worthless and "too much." » Lors de l'entretien, il est possible d'observer qu'une grande détresse au niveau de la santé mentale est vécue au quotidien.

Dans un autre angle d'idée, l'anxiété est un trait commun qui est ressorti chez les participants, et

ce dès l'enfance : « I would describe myself as a very anxious and shy child. » (Octavia) L'anxiété fait en sorte que dans plusieurs situations, une des participantes n'est pas confortable de manger: « I still get really weird when I'm eating in front of people. I can't eat like if there's any sort of anxiety around. If my kitchen's a mess I can't eat. If there's music playing, I can't really eat. If there's people I don't know who are with me, I can't really eat » (Clarke).

En quatrième lieu, des conséquences au niveau relationnel peuvent être observées. Les TCA et l'addiction aux sports touchent souvent les individus au point où ceux-ci ne peuvent plus entretenir de relation « normale ». Parfois, ces problèmes bouleversent tellement la vie des gens qu'ils ont de la difficulté dans leur relation amoureuse comme le partagent les participants : « if I would have had a normal life, I would be married with children » (Octavia). Un autre participant relate aussi ce fait : Pis « addict » aux sports ben c'est parce que mes relations humaines ont été touchées par ça. Je pouvais pas avoir de blonde. (...) Je pouvais pas avoir une activité sociale normale. (Bellamy)

Une participante mentionne que ce n'est pas toujours facile d'entretenir une relation amoureuse lorsqu'on a un historique d'anorexie mentale. En effet, comme l'explique Clarke souffrir d'un TCA peut venir compliquer les relations :

*I have had some weird things that I've carried forward into relationships, I think, because of this. I still can't have my stomach touched by anybody. I hate that so much, even though I know I'm not overweight by any means, I'm exactly at where I should be weight-wise, according to my height. Apparently on the Internet I'm right where I should be. So, I mean when I look at my body, I don't feel unhappy with it in any way. But I still hate anybody touching my stomach, it drives me nuts. [...] So definitely a lot of that is carried forward into relationships and it is like kind of weird. And my current boyfriend now knows that I used to have these problems, I don't talk to him about it at all. It's just a matter of fact, I'm like "Just don't touch my stomach, I used to have an eating disorder", that's it, that's all he knows. So I'd say it has made it a little awkward sometimes (Clarke).*

Du côté des relations familiales, un participant mentionne l'anxiété associée aux changements à son horaire qui arrive à la dernière minute :

*Ma famille vit à 20 000 kilomètres d'ici. Supposons qu'un samedi matin, OK, moi je me prépare pour aller faire 150 kilomètres de vélo avec mes chums, ma famille arrive, me fait une surprise, je pense que je les haïrais. C'est à ce point-là. Vous avez pas le droit de débarquer là pis moi je vais devoir rater ma « ride » de vélo. (...) Je sais pas si c'est être « addict » ou pas, mais... (Bellamy)*

Bref, les TCA et l'addiction au sport sont observables par la famille, les amis et l'entourage des individus affectés. Il fut démontré que vivre avec un TCA et une addiction au sport amène diverses conséquences au niveau relationnel, occupationnel, physique et au niveau de la santé mentale. Il est possible d'observer que les TCA et l'addiction au sport ne sont pas toujours perçus sur le plan négatif ce qui mène au vecteur suivant la polarité culturelle.

#### 4.3 Polarité culturelle

Il est possible d'observer au sein de l'ensemble des entrevues la polarité culturelle entre le vice et la vertu telle que définie par Hacking (1998). Une polarité culturelle est identifiable à entre la critique associée au faible poids et au poids élevé. Ainsi, il est possible d'affirmer que la pratique sportive en soi n'est pas problématique, mais : « un moment donné (...) ça devient une addiction. [...] Fait que l'addiction pour moi, c'est ça, c'est de se faire mal, c'est de mettre sa vie en danger. C'est s'autodétruire, « that's it ». Quand on... on ne sait plus... C'est ça qui nous permet de vivre » (Bellamy). Cependant, une polarité culturelle est observée par le fait qu'il partage le plaisir que le sport comme comportement « normal » lui rapporte « le sport ça me fait du bien. Ça là c'est indéniable. Être dans le bois, être dehors, être seul le matin, voir le soleil se lever, sentir la fraîcheur du matin » (Bellamy). Une autre participante partage elle aussi que même si l'entraînement est pratiqué avec de bonnes intentions dans plusieurs cas :

*Like I don't wanna say everybody, there are people who are more educated about fitness and they understand like the goal of strength and whatnot, but I think like largely the people who work out nowadays are just hoping to lose weight, like there's a lot of people out there who want to lose weight and they turn to working out for that, so I think even if they don't realize that they probably have some sort of body image problem. (Clarke)*

Elle partage aussi le fait que la ligne entre ce qui est bon versus mauvais est flou : « so, it's hard for me to kind of find a balance that's healthy and not dangerous. » (Clarke). Dans un autre ordre d'idée, tenant compte de l'ensemble des entretiens, une composante qui est revenue à mainte reprise est l'intimidation en lien avec le poids et la forme du corps survenu dès un jeune âge. Cette intimidation vient souvent des pairs. Ainsi, une participante mentionne avoir subi de l'intimidation en lien avec un poids élevé : « when I was 13, I hit puberty and gained weight. Looking back, I realize I wasn't fat but taunting from peers convinced me I was. » (Octavia), tandis qu'une autre participante fut agacée pour son faible poids « I did get a lot of bullying in high school about my weight because I was really, really thin. Like you could see my ribs and my... and hip bones. » (Clarke). En effet, les pairs jouent un rôle important dans le façonnage de l'identité à cet âge donc le fait de se faire intimider influence les comportements futurs des individus, « quand j'étais jeune on m'appelait poubelle de table. On m'appelait Dumbo l'éléphant ou grosse patate » (Bellamy). L'intimidation ne vient pas seulement des pairs, mais peut aussi provenir des proches. Pour une participante, ce sont vraiment les commentaires de son père qu'elle attribue à l'émergence de son TCA :

*My dad is overweight, like even still now, he's overweight. And he would just say really weird things to me, actually pretty... like mean things I'd say. He'd say things like "You know, maybe you shouldn't eat that or you'll end up like me", or things like... And then he would turn around and also say I was too skinny. So, I think a lot of my body image problems from when I'm younger, I can kind of think right to that. I don't wanna blame it all on him but I know that largely it was because of him, because I was... I developed like an irrational fear of becoming overweight just because I saw that my dad was very overweight and still is. So that was kind of, I think, where it started. From there I went vegetarian at a really young age. I think a lot of my friends were becoming vegetarian and I was very like easily manipulated by my social circle when I was younger. I really wanted*

*to fit in, that was a big part of my adolescence. And my best friend is vegetarian and I wanted to be vegetarian too. (Short laugh) But I think the reason why I wanted to be vegetarian was because I was scared of losing or gaining weight. So that one of the reasons why I wanted to do it. [...] That led my dad to say kind of the opposite of how it started. He would tell me I was too skinny, he compared me to Karen Carpenter a lot. I don't know if you know who that is but she's singer who died at like... I think she was 85 pounds or something when she died because she was anorexic. So he would call me that all the time and just would make a lot of negative comments that really affected my body image. So it equated to that as a starting point, I think. (Clarke)*

#### 4.4 Désir d'évasion

Ce vecteur examine principalement le contexte et les divers événements entourant la vie des individus concernés et comment ceux-ci expliquent le fait que l'addiction devient une issue, un moyen de s'évader de son quotidien. Plusieurs raisons poussent les individus à devenir potentiellement "addicts" au sport et à développer un TCA. Une des participantes affirme pratiquer le sport afin de réguler ses émotions : « For me, because everyone is different, it is doing it to cope with my feelings. I don't have a choice whether to do it or not. I have to do it no matter how I feel physically because I need to numb out. » (Octavia) Une autre participante nomme, quant à elle, l'entraînement comme besoin essentiel dans son quotidien pour avoir un bon fonctionnement: « So to me it's just like when I would have to work out it's just something that I did. It was a part of my day, I had to do it, there were no questions. » (Clarke). Pour l'autre participant, le sport est utilisé comme source de bien-être : « je courais pis mon Dieu que c'était bon [...] Le sport ça me fait du bien. Ça là c'est indéniable. [...] Moi tout ce que je cherche c'est de trouver ce plaisir-là.» (Bellamy).

Un point commun chez tous les participants est que la pratique sportive a pour objectif une certaine perte de poids. En ce sens, ils cherchent tous à « s'évader » de leurs corps. Pour Octavia, le sport était toujours à l'origine de ses rechutes. Ainsi, lorsqu'elle allait mieux sur le plan

alimentaire, son addiction au sport déclenchait une nouvelle rechute vers le TCA. Pour elle, le sport était donc utilisé comme comportement compensatoire afin de contrôler son poids :

*My relapses were always brought on by my exercise. I spent most of my 30s in the low 80s.[...] When 1987 happened, I decided to stop bingeing. I thought the cure was a really restrictive diet and more exercise. My calories were really low and I stepped up the exercise. I lost weight, down to something like 103 when my parents knew I had issues. I wasn't eating much and exercising like a nut because I felt and saw fat. [...] Once I graduated, the dieting continued and I discovered exercise about 1985. This was a game changer. I ended up losing and maintained about 108-110 when the bingeing started again in 1986. (Octavia)*

Clarke mentionne que, dès son jeune âge, elle avait conscience que les gens s'entraînaient pour la perte de poids. C'est donc aussi ce qu'elle a commencé à faire, comme par imitation : « But then probably when I was like 14, I started using that exercising equipment, just from what I saw on TV and things like that. I knew that was a way that people lost weight » (Clarke). Du côté de Bellamy, l'activité physique était indispensable afin de pouvoir manger :

*Est-ce que je suis « addict » à l'activité sportive parce qu'étant anorexique pour moi là c'était le moyen de perdre du poids pis de maigrir? J'ai commencé le sport parce que j'avais un problème de poids. Fait que toute est interrelié là. Je fais du sport pour manger, pour pas culpabiliser. Pis je fais du sport aussi parce que c'est un bien-être. Des deux côtés ça reste une addiction. (Bellamy)*

Ce participant partage ensuite le fait qu'il fait du sport pour manger et qu'il s'alimente pour faire du sport « si t'arrête ton jogging t'auras pas fait tes exercices pis tu pourras pas manger comme tu veux. [...] Fait que moi là manger c'est pour faire du sport. Si je ne fais pas de sport mon corps en a pas besoin. » (Bellamy).

Sous l'angle des émotions, de nombreux sentiments surviennent lorsqu'on discute de problématique comme l'addiction au sport et les TCA. Quelques émotions surviennent fréquemment dans les entretiens qu'elles soient positives ou négatives. En ce qui a trait aux émotions positives, le désir d'évasion peut être identifié avec la quête de plaisir dans les

comportements problématiques. Le plaisir est une émotion qui ressort souvent. En effet un participant partage qu'« avoir été anorexique on dirait que j'avais un plaisir [...] C'était le plaisir de résister à la tentation à chaque fois, de voir que j'étais capable d'avoir le contrôle sur tout » (Bellamy). Une autre participante partage le plaisir qu'elle ressentait des commentaires des autres sur sa minceur :

*I was really, really thin. Like you could see my ribs and my hip bones. To me that was an accomplishment, the fact that I could see my hip bones. I would like lay down and touch them and it would make me really happy but people would call me anorexic and say I was too skinny, even before... when I was like really young too, when I was 12-13, when this all was getting started, I was already getting that from people. To me... It didn't make me... Sometimes it would make me upset but for the most part it made me happy. So I think that's what fuelled it. (Clarke)*

Les autres participants relatent aussi avoir eu des comportements obsessionnels afin de pouvoir s'évader du quotidien et avoir ressenti beaucoup de culpabilité à la suite de cette évasion. En effet, une participante mentionne avoir tenu un journal alimentaire qu'elle suivait à la lettre, « I had a diary, I already had a food diary from when I was like 13 forward... moving forward, until I was in my twenties. I would document everything that I ate. » (Clarke) Ce comportement obsessionnel effectué sur une longue période de temps lui permettait de s'évader de la réalité et de créer sa propre réalité. L'autre participante mentionne elle aussi suivre un plan alimentaire et d'entraînement rigide qu'elle devait suivre elle aussi de façon obsessionnelle « After graduating, I kept to a rigid eating plan with exercise. I started exercising at home several times a week, all the while being totally obsessed with food, calories and exercise. » (Octavia) En lien avec ces comportements obsessionnels face à la nourriture, elle partage avoir subi des interventions qui « made me feel worthless because I was laughed at » (Octavia), ce qui a fait en sorte qu'elle a utilisé le sport comme moyen d'évader ces sentiments. Finalement, la peur et la colère sont aussi des

émotions qu'il fut possible de ressortir dans plusieurs propos des participants et dans leur non verbal aussi. Ces émotions que les participants ressentent font en sorte qu'ils cherchent un moyen d'évasion qui se trouve dans ce cas être majoritairement le sport et parfois la nourriture.

Dans un autre ordre d'idée, le contexte de performance, d'excellence et de compétition fut ressorti de façon importante dans un des entretiens. Ce désir de performer à fait en sorte que les comportements alimentaires problématiques se sont intensifiées, « j'étais triathlète à ce moment et je voulais tellement performer que j'ai perdu le fil. » (Bellamy).

Du point de vue psychologique, l'addiction aux sports et les TCA peuvent être observés comme éléments qui procure un sentiment de bien-être, ce qui fait en sorte qu'une addiction se développe. Les participants partagent entre autres comment la pratique sportive leur procure du bien-être :

*Pour vrai là, pour moi, courir, je vous dis, c'est comme... (Silence 5 secondes) Ça serait comme être sur un nuage. Ça serait comme flotter pis ressentir juste du bonheur pis du bien-être. Pis le fait de courir, c'était une liberté, une liberté incroyable. Il n'y avait rien qui nous rattachait. On met des souliers, on met un short, une camisole, pis on part. Une sensation de liberté incroyable, pis le bonheur que ça procure, c'est un bien-être là, c'est indescriptible. (Bellamy)*

Cette quête du bien-être fait en sorte que les individus se sentent forcer de pratiquer leur sport. Tout se passe comme si cela était plus fort qu'eux: « I'd say it's an irrational need for something that you just kind of feel like you need to do. Like it's like encompassing kind of like... It's like an itch. » (Clarke) De plus, des besoins émotionnels non comblés sont identifiés par les participants en lien avec ces problématiques. Les individus retrouvent un certain plaisir dans l'attention spéciale qui leur sont portés dû à leur TCA, « avoir été anorexique on dirait que j'avais un plaisir » (Bellamy). Un plaisir est retrouvé dans le fait que les proches et les professionnels portent une attention aux individus affectés qu'ils n'obtiendraient peut-être pas autrement, « C'est comme si

j'étais redevenu enfant pis j'aimais ça cette sensation-là. » (Bellamy). Pour lui, son TCA et son addiction au sport lui ont permis d'améliorer ses relations avec les membres de sa famille : « j'ai trouvé une relation avec mon père et ma mère que je n'avais jamais eue, même avec les gens de ma famille » (Bellamy). Une autre participante relate aussi que l'attention offerte par les pairs et la famille était source de bonheur malgré le fait que les intentions derrière ces commentaires étaient en fait plutôt négatives :

*Sometimes, it would make me upset but for the most part it made me happy. So, I think that's what fuelled it. You know? When my dad started telling me, I was gonna end up fat, and then as I got skinny or I got taller, I got leaner, just naturally he started to tell me how skinny I was. And I think he thought that that would hurt my feelings, and sometimes it did, but mainly it made me happy. You know I was getting results and I would getting feedback as well. So that's... that was probably worse. But bullying in high school, people calling me skinny, they didn't realize that that's what I wanted. So, it didn't make me feel bad, it made me feel happy, which is kind of sad. (Clarke)*

Finalement, à l'aide des propos des participants, il est possible d'observer les quatre vecteurs de la théorie des niches écologiques dans les TCA et l'addiction au sport (Hacking, 1998). Ceci nous permet d'affirmer qu'en effet les TCA et l'addiction au sport correspondent à des « maladies mentales transitoires » selon Hacking (2002).

## **CHAPITRE 5 : DISCUSSION**

Dans ce dernier chapitre, les principaux résultats de l'analyse thématique seront discutés. Dans un premier temps, sera présenté, à partir de la lunette que constitue le cadre théorique, la façon dont les TCA et l'addiction au sport répondent aux critères d'une « maladie mentale transitoire » (Hacking, 2002). Dans un deuxième temps, ce sont les liens bidirectionnels qui seront observés. Dans un troisième temps, je ferai dialoguer mes résultats de recherche avec la façon dont l'addiction au sport est abordée dans les magazines sportifs. Finalement, je vais terminer cette

section en évoquant les implications pour la discipline du travail social de ce travail ainsi que les limites méthodologiques de ma recherche.

### 5.1 « Maladies mentales transitoires »

La théorie des niches écologiques de Ian Hacking (2002) fut un cadre théorique pertinent afin d'étudier les liens entre les TCA et l'addiction au sport. Contrairement aux modèles psychologiques classiques, la théorie des niches écologiques tient compte de la dimension sociologique des troubles de santé mentale et de la place que prend un individu par rapport aux autres ainsi que la façon dont celui-ci entre en relation avec d'autres. Cette théorie considère, en outre, les capacités évolutives des troubles de santé mentale, ainsi la façon dont ceux-ci peuvent changer selon l'espace et le temps dans lequel ils sont observés.

En lien avec la théorie des niches écologiques de Ian Hacking (2002), les résultats de cette recherche permettent de déterminer que les TCA et l'addiction au sport répondent aux critères de définition de « maladies mentales transitoires » (Hacking, 2002). Ainsi, en ce qui a trait au vecteur de la taxonomie médicale, les TCA se retrouvent dans le DSM-5 et sont identifiables comme trouble de santé mentale. Du côté de l'addiction au sport, malgré le fait que celle-ci ne se retrouve pas explicitement dans le DSM, elle émerge de plus en plus dans les études récentes sur les addictions comportementales. Ainsi, il n'est pas étonnant que les individus reconnaissent l'addiction au sport comme étant réelle. Le concept d'addiction, dans son ensemble, quant à lui se trouve bel et bien dans le DSM-5.

Au niveau du vecteur observabilité, l'addiction au sport et les TCA sont tous deux observables par les individus affectés, leur entourage et les professionnels de la santé. Pour les deux problématiques, il est possible d'observer des difficultés communes au niveau du

fonctionnement. Étant donné sa reconnaissance plus importante au niveau clinique, les TCA semblent plus « observables » que l'addiction au sport.

Le vecteur polarité culturelle, quant à lui, existe pour les TCA au niveau de l'apparence du corps et de l'alimentation. En effet, au niveau alimentaire, il y a la bonne alimentation et la mauvaise alimentation ce qui fait face à ce dilemme entre le vice et la vertu. Les tendances alimentaires changeantes viennent aussi brouiller les cartes à ce niveau, car ceci qui fait en sorte qu'une alimentation prônée comme saine peut vite être perçue comme malsaine. L'apparence du corps idéalisé au sein de la société se situe à deux extrêmes : les corps très minces ou très musclés (côté vertu) versus les corps gros et en mauvaise santé (côté vice). Cette polarité culturelle voit émerger un dilemme interne puissant chez les individus ayant un TCA. De son côté, le sport est considéré comme apportant des bienfaits dans la vie des personnes, comme source de bien-être, lorsqu'il est pratiqué régulièrement et de façon modérée (Merglen, Flatz, Bélanger, Michaud, & Suris, 2014). Cependant, comme il fut observé, le sport en tant qu'addiction bouleverse le fonctionnement de l'individu et devient problématique. Le côté vice du sport ne se limite d'ailleurs pas à l'addiction; il faut aussi tenir compte du problème de dopage qui intervient de façon négative dans le monde sportif (Singler, Treutlein, & Pigeassou, 2005). Finalement, par le biais des TCA, les individus atteignent un certain niveau de bien-être qui malgré la douleur, leur permettent de s'évader du quotidien. Beaucoup d'individus ayant des TCA rapportent aussi souffrir d'autres troubles de santé mentale comme les troubles d'anxiété (Swinbourne et al., 2012). Le TCA est un moyen pour eux de s'évader des autres problématiques qui les affectent. Chez les « addicts », le sport est utilisé comme échappatoire du quotidien. Fréquemment, les individus ayant une addiction au sport relatent que la pratique sportive leur permet de s'évader de leur pensée et de leur problème. Quand ils pratiquent leur sport, rien d'autre n'importe (Heywood, 2012).

Ainsi, il est possible de confirmer que l'addiction au sport et les TCA répondent tous deux aux différents critères des « maladies mentales transitoires » de Ian Hacking (2002). Ils font tous deux parties d'une taxonomie médicale, ils sont observables, une polarité culturelle est identifiable, puis un désir d'évasion est véhiculé.

Cette recherche a permis d'identifier que la source des TCA se situe à un niveau majoritairement psychosocial selon un espace-temps bien défini qui répond à tous les critères d'une niche écologique (Hacking, 1998). Dans son étude sur la conceptualisation et le traitement de l'anorexie, Sills-Néron (2017) établit à son tour que l'anorexie répond à tous les critères d'une niche écologique : « l'anorexie avait une place au sein de la taxonomie déjà existante, elle a émergé dans un moment de polarité culturelle, elle est observable en tant qu'un désordre de l'équilibre « normal » et, autant le trouble transitoire est souffrant, autant il est libérateur pour l'individu » (p. 77). Tout comme l'anorexie, en ce qui a trait à l'addiction au sport, il est possible de déterminer que la source du trouble est à son tour au niveau psychosocial. En effet, comme l'énonce Ferrand (2016), « l'addiction[dans son ensemble] fait partie d'une catégorie de maladies mentales qui sont aussi des constructions sociales caractérisées par leur apparition dans une période socioculturelle ou dans une zone géographique et leur disparition ultérieurement » (p. 10). L'addiction au sport, comme l'observent les participants, émerge donc dans un contexte social précis lié avec leur TCA, par exemple, lors d'entraînement intense pour une course ou une compétition, lors d'une période de vie plus difficile ou lorsque divers événements perturbateurs se déroulent.

## 5.2 Liens entre les TCA et l'addiction au sport

Cette étude nous a permis d'observer qu'il n'existe pas de liens unidirectionnels entre l'addiction au sport et les TCA. En ce sens, notre recherche va dans le sens de nombreuses recherches récentes (Afflelou, 2009 ; Afflelou et al., 2004 ; Filaire et al., 2007 ; Johnson et al.,

1999 ; Smolak et al., 2000 ; Torstveit et al., 2007 ; Zeulner et al., 2016). Cependant, selon les propos recueillis dans les entretiens, c'est le TCA qui émerge en premier, suivi généralement de l'addiction au sport qui émerge en tant qu'addiction secondaire (Bamber et al., 2000). En effet, comme mentionné par Veale (1991), l'addiction au sport primaire surviendrait seulement en l'absence de TCA, ce qui n'est pas le cas dans cette étude. Lorsque les deux troubles existent chez un individu, l'addiction au sport serait ainsi généralement secondaire en la présence du TCA. Il est important de spécifier que la direction des liens entre l'addiction au sport et les TCA varient de l'addiction primaire et de l'addiction secondaire. L'addiction primaire et secondaire signifie de façon générale l'ordre dans laquelle les problématiques font surface. Les liens quant à eux expliquent les multiples causes et relations qui existent entre l'addiction au sport et les TCA.

L'utilisation du sport comme moyen de brûler des calories est observable chez tous les participants. Ceci est un autre élément qui contribue à associer l'addiction au sport comme secondaire au TCA (Freimuth et al., 2011 ; Veale, 1991). Comme le mentionne Bellamy « est-ce que je suis « addict » à l'activité sportive parce qu'étant anorexique pour moi là c'était le moyen de perdre du poids pis de maigrir? J'ai commencé le sport parce que j'avais un problème de poids. Fait que toute est interrelié là. ». Les entretiens permettent de déterminer que l'addiction au sport et le TCA sont toujours en relation. Ainsi, soit les individus mangent pour faire du sport, ou font du sport pour manger. Il existe dans chaque cas une interrelation entre les deux. Si les participants ont trop mangé, on peut voir une augmentation de l'activité physique tandis que si les participants augmentent leur activité physique, ils se permettent de s'alimenter davantage. Autrement dit, comme le dit si bien Bellamy : « Sport, nourriture, on dirait que pour moi ça va ensemble. Ça peut pas se dissocier », tandis que Clarke partage que « I think they're correlated for sure ».

L'addiction au sport est utilisée majoritairement par les participants comme moyen de contrôle du poids et de la forme du corps en lien avec le TCA. Pour tous les participants, la quantité d'exercice effectué était directement corrélée à la nourriture ingérée : « how much exercises I did would depend on what I ate that day, or didn't » (Clarke) et « l'activité sportive, ça a toujours été une condition majeure pour que je mange » (Bellamy). Bamber et al. (2000) nous montre que l'utilisation excessive de l'exercice pour le contrôle du poids est commune chez les individus atteints d'un TCA. Chez les « addicts » au sport atteint de TCA, le sport est souvent utilisé comme premier moyen compensatoire suivi de la restriction alimentaire (Davis, 1997 ; Rizk et al., 2014). D'ailleurs, Rizk et al. (2014) partagent qu'un épuisement est communément atteint chez les « addicts » au sport ayant un TCA, car l'apport calorifique n'est pas suffisant pour soutenir un tel degré d'activité physique. Les résultats de notre étude montrent ces propos suite à diverses blessures parfois très graves. Tous les participants relatent souffrir d'un manque d'énergie à un moment ou un autre en lien avec le TCA et l'addiction au sport : « So those days I would be naturally really tired so I don't think I would work out on the days where I had dance classes, workshops after school. Yeah, there were long days where I just like did not naturally... so I didn't have any energy » (Clarke).

Tout bien considéré, l'addiction au sport et les TCA sont des problématiques fortement interreliées. Plusieurs éléments lient ces deux problématiques passant du désir de perte de poids au désir de performance. Il est possible d'examiner chacune des problématiques de façon indépendante, mais lorsqu'elles entrent en relation offre un portrait clinique particulier.

### 5.3 Implications pour la pratique

Lorsque la présence d'une addiction au sport et d'un TCA est reconnue, un danger est associé au fait de seulement traiter une seule des problématiques et non les deux dans leur ensemble

(Freimuth et al., 2011). Étant donné que les TCA sont le trouble le plus connu des deux, notamment par le fait qu'ils sont répertoriés dans le DSM-5, il existe un risque de s'attarder uniquement sur ceux-ci sans tenir compte de l'addiction au sport. Ainsi, si seulement les TCA sont traités, les habitudes alimentaires risquent de changer, mais l'exercice physique va continuer d'être utilisé comme moyen compensatoire, et ce à l'insu de l'intervenant. De même, si on traite seulement l'addiction au sport, les individus vont possiblement avoir recours à plus de restrictions alimentaires et/ou comportements compensatoires afin de gérer leur diminution de la quantité d'exercice physique (Freimuth et al., 2011). C'est à ce niveau qu'intervient le travail social. En effet, au sein de cette discipline, nous essayons de travailler avec toutes les problématiques affectant un individu ainsi qu'en tenant compte des diverses dimensions influençant le fonctionnement des individus, par exemple, la famille, le travail, les loisirs, les problèmes de santé mentale ou encore la toxicomanie.

### 5.3.1 Quelle est la pertinence de ce mémoire sur le plan de l'intervention ?

Si le lien entre les TCA et l'intervention sociale semble assez logique, nous estimons que celui entre addiction au sport et travail social l'est également. En effet, un traitement est requis pour ce trouble même s'il n'existe aucun standard présentement (Freimuth et al., 2011 ; Landolfi, 2013 ; Wichmann & Martin, 1992). Dans ce contexte, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est habituellement l'intervention privilégiée afin de traiter l'addiction au sport (Freimuth et al., 2011 ; Landolfi, 2013 ; Wichmann & Martin, 1992). Ainsi, l'intervention avec les personnes présentant une addiction au sport consisterait premièrement en un processus d'éducation, en particulier sur le plan des méfaits de cette conduite addictive. En effet, tout se passe comme si les personnes présentant cette addiction ne semblaient pas en avoir conscience: « one of the characteristics of this addiction-as with any addictive behavior-is that people exercising

themselves into the ground do not believe they have a problem » (Wichmann & Martin, 1992, p. 197). L'intervention doit donc encourager la modification des habitudes sportives, telle que la réduction de la fréquence et de l'intensité (Freimuth et al., 2011). En ce sens, un « addict » de la course pourrait se mettre à la natation ou un cycliste à la danse, par exemple. Cependant, un suivi de près doit être assuré afin de ne pas tomber dans le transfert d'addiction. Les travailleurs sociaux présentent la spécificité de « jongler » avec la TCC, i.e. de l'utiliser si cela est nécessaire, mais aussi de la critiquer lorsqu'elle réduit l'individu à ses seuls comportements et symptômes.

Les travailleurs sociaux jouent un rôle important à tous les niveaux pour assister les individus pendant leur cheminement avec un TCA: de la prévention à l'identification du trouble, au traitement, jusqu'à la guérison. Les TCA étant considérés comme des troubles de santé mentale complexes agissant au niveau physique, psychologique et social, le travail d'équipe au sein de cette problématique est essentiel (Monthuy-Blanc, 2018). Comme j'ai pu le vivre en milieu de stage transdisciplinaire, beaucoup de professions travaillent ensemble pour combattre les TCA. Les spécialistes en médecine et en nutrition sont certes indispensables, mais les intervenants en travail social, en ergothérapie, en chiropractie, en psychologie et en physiothérapie ont également des rôles essentiels à jouer.

Les travailleurs sociaux jouent précisément un rôle important dans l'identification des besoins de l'individu ainsi que des services disponibles; ils sont également responsables de soutenir l'individu dans son processus de réinsertion. Comme l'énonce Monthuy-Blanc (2018: 100), « le travailleur social considérera entre autres l'isolement social et les difficultés du fonctionnement familial prédisposant et perpétuant des TCA comme champs d'action ». L'harmonie de ces deux éléments, soit diminuer l'isolement social et les difficultés familiales est primordial lorsqu'un individu est aux prises avec les TCA. De plus, tout comme pour l'addiction

au sport, la thérapie cognitivo-comportementale s'avère souvent privilégiée, et ce surtout afin d'obtenir un résultat rapide chez le patient rencontré (Monthuy-Blanc, 2018). Dans ce contexte, le rôle des travailleurs sociaux peut être, en outre, d'éduquer les individus ayant des TCA sur les conséquences physiques et psychologiques possibles de ces troubles. De plus, les travailleurs sociaux peuvent accompagner les individus sur divers sujets comme l'importance d'une alimentation équilibrée, sur les signaux de faim et de satiété, sur les besoins du corps au niveau de l'énergie, la génétique et la composition du corps, le poids et le métabolisme. Les travailleurs sociaux sont aussi tenus d'accompagner les individus ayant des TCA sur les techniques de gestion de soi, sur la gestion de la détresse et sur la résolution de conflits ainsi que sur l'identification de ses forces et diverses compétences essentielles au quotidien (*Eating Disorders : Best Practices in Prevention and Intervention*, 2006).

Mon expérience personnelle en milieu de stage m'a permis d'observer des techniques d'intervention pertinentes lorsqu'on travaille la problématique des TCA. Au Loricorps, le travail autour des croyances et des émotions se trouvaient au centre de l'intervention. En ce sens, en intervention, il est important de déconstruire les diverses croyances et les modifier, tout comme pour les émotions. Il faut savoir les reconnaître, les respecter et les modifier. Un autre principe au centre de l'intervention est l'alimentation intuitive qui se caractérise par « une consommation motivée par les signaux physiologiques de faim et de satiété plutôt que dépendante de la situation et des émotions, couplée à une faible préoccupation vis-à-vis de l'alimentation » (Benbaibeche, Kacimi, Haffaf, Oudjit, & Koceïr, 2014, p. S80). De plus, la pleine conscience est un autre outil important pour l'intervention auprès des TCA selon le Loricorps. La pleine conscience est un exercice qui demande d'avoir le focus sur le moment présent sans distraction ni jugement (Kabat-Zinn, 2009); elle permettrait ainsi de réduire les préoccupations autour de la nourriture ainsi qu'une

meilleure régulation des émotions (Lienard, 2018).

Ainsi, l'intervention auprès d'individus ayant un TCA et une addiction au sport doit se faire en considérant les deux problématiques dans leur ensemble. Il n'est pas possible de privilégier une problématique, au risque d'empirer celle mise de côté. Les intervenants qui travaillent avec cette population doivent avoir des compétences en TCC, en intervention individuelle et de groupe, intervention structurelle ainsi qu'en intervention familiale. Ils doivent vraiment évaluer les besoins des individus qui seront très différents d'un TCA à l'autre ainsi que d'un sport à l'autre. Étant donné que l'addiction au sport est un concept émergent, il apparaît un besoin d'intervenant spécialisé sur ce sujet. L'intervention auprès d'« addicts » au sport est assez différente du type d'intervention que l'on observe fréquemment. En effet, plusieurs types d'intervention dans d'autres disciplines que le travail social mise sur la nécessité d'anéantir le comportement qui pose un problème et/ou de quitter une situation négative. Souvent les problématiques auprès desquelles interviennent les travailleurs sociaux ne possèdent pas de bienfait pour l'individu tandis que l'activité physique (pratiquée dans certaines circonstances) est prouvée comme composante essentielle au bien-être. Cet aspect vient modifier les techniques d'intervention. Les intervenants spécialisés sur l'addiction au sport nécessitent aussi une formation solide au niveau des TCA, car comme nous l'avons observé ces problématiques sont fortement liées.

#### 5.4 Les limites de la recherche

Quelques limites ont émergé lors de la réalisation de ce mémoire. Premièrement, le fait que la chercheuse connaissait déjà la problématique à l'étude a peut-être limité l'approfondissement de certains éléments durant la cueillette des données. En ce sens, la chercheuse ayant étudié les liens entre les deux problématiques en profondeur, ainsi que les deux problématiques de façon

individuelle, a fait en sorte que certains énoncés des participants semblaient parfois évidents tandis qu'il aurait été avantageux en fait d'approfondir sur ces sujets. Cette limite fait en sorte que quelques éléments semblent incomplets. Il ne fait pas de doutes qu'un chercheur complètement étranger au milieu sportif et à la problématique des TCA aurait sans doute approfondi davantage divers éléments, mais d'un autre côté n'aurait pas compris d'autres faits. De ce fait, cette limite est elle aussi une force en soi.

Une autre limite possible de la recherche se trouve dans les biais possibles de l'échantillon. Ce dernier aurait pu être plus large et plus diversifié si les participants n'étaient pas tous atteints principalement du même TCA, à savoir l'anorexie. Cette limite nous a cependant permis de nous assurer une certaine homogénéité des données. Les participants ont tous leur expérience propre avec l'anorexie ce qui fait en sorte que malgré les similitudes, on retrouve tout de même beaucoup de différence dans les propos des individus. Par ailleurs, nous aurions pu choisir de nous intéresser au point de vue des entraîneurs, voir des parents ou des proches aussi. Enfin, nos résultats sont difficilement généralisables par le fait que la saturation empirique des données ne fut pas atteinte. Un nombre plus élevé d'entrevues aurait été pertinent afin d'atteindre possiblement la saturation empirique des données.

## **CONCLUSION**

Ce mémoire avait pour ambition d'explorer les liens entre les TCA et l'addiction au sport auprès d'individus qui vivent avec ces deux problématiques. Dans l'ensemble, l'expérience des participants montre que les troubles du comportement alimentaire et l'addiction au sport sont indéniablement interreliés. La théorie des niches écologiques de Ian Hacking (1998) a permis

d'analyser et de comprendre comment les TCA et l'addiction au sport répondent aux critères de la niche écologique, pouvant ainsi être considérés en tant que « maladies mentales transitoires ».

Pour des recherches futures, il serait intéressant d'étudier davantage les liens entre l'addiction au sport et les TCA à l'aide d'un corpus de participants plus nombreux, mais aussi en ayant recours à une méthodologie quantitative afin de recueillir des statistiques sur la question. Il serait aussi intéressant de comparer diverses disciplines sportives et voir si certaines sont nécessairement plus à risque au développement d'un TCA que d'autres lorsque les individus sont « addict » au sport. En tant qu'avenue de recherche future, il serait aussi pertinent d'étudier le point de vue des entraîneurs et de l'entourage des participants si l'on considère à quel point ces problématiques influencent non seulement les individus, mais aussi leur entourage.

Finalement, sous une perspective critique, il est important dans la pratique du travail social d'élargir ses horizons et de toujours chercher à développer davantage ses connaissances sur divers groupes sociaux et diverses problématiques sociales afin de pouvoir soutenir le plus d'individus possible en intervention. De là, il est intéressant d'observer les problématiques qui émergent actuellement au sein des médias sociaux. Ces problèmes sociaux véhiculés dans les médias sociaux représentent la prochaine vague de problématique émergente nécessitant de la recherche.

## BIBLIOGRAPHIE

- Afflelou, S. (2009). Place de l'anorexia athletica chez la sportive intensive. *Archives de Pédiatrie*, 16(1), 88-92.
- Afflelou, S., Duclos, M., & Simon, S. (2004). Quels liens entre pratiques sportives et troubles du comportement alimentaire ? *La Presse Médicale*, 33(22), 1601-1605.
- Allegre, B., & Therme, P. (2007). Dépendance à l'activité physique. Relations entre critères diagnostiques et composantes comportementales. *Alcoologie et Addictologie*, Tome 29, n°3, 243-248.
- Ambrose, S. C., Matthews, L. M., & Rutherford, B. N. (2018). Cross-functional teams and social identity theory : A study of sales and operations planning (S&OP). *Journal of Business Research*, 92, 270-278.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). (S.I.) : American Psychiatric Association.
- Anthony, M. (2009). *L'addiction au sport chez les adolescents sportifs intensifs : Étude des liens entre personnalité, épuisement et addiction*. Université de Bordeaux, France. Repéré à [http://www.psychologie-du-sport.com/addiction\\_sport.pdf](http://www.psychologie-du-sport.com/addiction_sport.pdf)
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders : A Meta-analysis of 36 Studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.
- Avril, M., Nivoli, F., & Lejoyeux, M. (2007). La dépendance à l'exercice physique. *Alcoologie et Addictologie*, Tome 29, n°2, 143-153.
- Baekeland, F. (1970). Exercise deprivation. Sleep and psychological reactions. *Archives of General Psychiatry*, 22(4), 365-369.
- Bamber, D., Cockerill, I., Rodgers, S., & Carroll, D. (2000). « It's exercise or nothing » : A qualitative analysis of exercise dependence. *British Journal of Sports Medicine*, 34(6), 423-430.
- Barthels, F., Meyer, F., Huber, T., & Pietrowsky, R. (2017). Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders* " Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity", 22(2), 269-276.
- Bemporad, J. R. (1997). Cultural and Historical Aspects of Eating Disorders. *Theoretical Medicine*, 18(4), 401-420.
- Benbaibeche, H., Kacimi, G., Haffaf, E., Oudjit, B., & Koceir, E. (2014). P024 : Impact des adipokines dans la caractérisation physiopathologique du syndrome métabolique chez le sujet Algérien obèse et diabétique de type 2. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 28, S80-S81.

Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M., & Robson, K. (2001). *Focus Groups in Social Research*. 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London England EC1Y 1SP United Kingdom : SAGE Publications Ltd.

Booker, C. L., Skew, A. J., Kelly, Y. J., & Sacker, A. (2015). Media Use, Sports Participation, and Well-Being in Adolescence : Cross-Sectional Findings From the UK Household Longitudinal Study. *American journal of public health, 105*(1), 173–179.

Boudreau, M.-E., & Ouimet, M. (2010). L'impact de la couverture médiatique des violences sexuelles sur les taux d'agressions sexuelles au Québec entre 1974 et 2006. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice, 52*(5), 497.

Brownwell, K. D., & Rodin, J. (1996). Prevalence of eating disorders in athletes. Dans *Eating, bodyweight and performance* (Malvern, PA: Lea & Febiger).

Casilli, A. A., & Tubaro, P. (2016). *Le phénomène "pro ana" : Troubles alimentaires et réseaux sociaux*. (S.l.) : Presses des Mines. Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01404890>

chan, C. S., & Grossman, H. Y. (1988). Psychological Effects of Running Loss on Consistent Runners. *Perceptual and Motor Skills, 66*(3), 875-883.

Chalet, S., Riquin, é., Avarello, G., Malka, J., & Duverger, P. (2018). Troubles des conduites alimentaires chez l'adolescent. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture, 31*(3), 113-145.

Chazy, A. (2016, 22 novembre). La bigorexie, quand le sport devient une addiction. *L'ÉQUIPE*. Repéré à <https://www.lequipe.fr/Ilosport/Conseils/Actualites/La-bigorexie-quand-le-sport-devient-une-addiction/751818>

Cook, B., & Hausenblas, H. (2008). The Role of Exercise Dependence for the Relationship between Exercise Behavior and Eating Pathology : Mediator or Moderator? *Journal of Health Psychology, 13*(4), 495-502.

Dale, K. S., & Landers, D. M. (1999). Weight control in wrestling : Eating disorders or disordered eating? *Medicine and Science in Sports and Exercise, 31*(10), 1382-1389.

Dany, L., & Morin, M. (2010). Image corporelle et estime de soi : Étude auprès de lycéens français. *Bulletin de psychologie, Numéro 509*(5), 321-334.

Darmon, M. (2008). *Devenir anorexique*. (S.l.) : La Découverte. Repéré à <https://www.cairn.info/devenir-anorexique--9782707153753.htm>

Davis, C. (1997). Eating Disorders and Hyperactivity : A Psychobiological Perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry, 42*(2), 168-175.

de Gialdino, I. V. (2012). L'interprétation dans la recherche qualitative : Problèmes et exigences, *31*(3), 155-187.

Décamps, G., Gana, K., Hagger, M. S., Bruchon-Schweitzer, M.-L., & Boujut, E. (2016). Étude des liens entre la fréquence de pratique sportive et la santé des étudiants : Mesure des effets de

genre sur les troubles alimentaires et les consommations de substances. *Psychologie française*, 61(4), 361-374.

Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C., & Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1651-1660.

Demazière, D. (2008). L'entretien biographique comme interaction négociations, contre-interprétations, ajustements de sens. *Langage et société*, (123), 15-35.

Di Lodovico, L., Poulmais, S., & Gorwood, P. (2018). Which sports are more at risk of physical exercise addiction : A systematic review. *Addictive Behaviors*.

Donaldson, S. J., & Ronan, K. R. (2007). The Effects of Sports Participation on Young Adolescents' Emotional Well-Being. *Adolescence (San Diego) : An international quarterly devoted to the physiological, psychological, psychiatric, sociological, and educational aspects of the second decade of human life*, 41(162), 369-389.

Dorais, M. (1993). Diversité et créativité en recherche qualitative. *Service social*, 42(2), 7.

Downward, P., & Rasciute, S. (2011). Does sport make you happy? An analysis of the well-being derived from sports participation. *International Review of Applied Economics*, 25(3), 331-348.

*Eating Disorders : Best Practices in Prevention and Intervention*. (2006). Winnipeg, Man.] : Manitoba Health.

Engel, S. G., Johnson, C., Powers, P. S., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Wittrock, D. A., & Mitchell, J. E. (2003). Predictors of disordered eating in a sample of elite Division I college athletes. *Eating Behaviors*, 4(4), 333-343.

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet (London, England)*, 361(9355), 407-416.

Favier-Ambrosini, B., & Delalandre, M. (2018). Les réseaux Sport Santé Bien-être : Un gouvernement par le chiffre. *Terrains travaux*, N° 32(1), 81-106.

Ferrand, P. L. (2016). L'addiction, un concept neuf pour une clinique nouvelle ? *Rhizome*, N° 62(4), 10-11.

Filaire, E., Rouveix, M., Bouget, M., & Pannafieux, C. (2007). Prévalence des troubles du comportement alimentaire chez le sportif. *Science & Sports*, 22(3-4), 135-142.

Franko, D. L., Thompson-Brenner, H., Thompson, D. R., Boisseau, C. L., Davis, A., Forbush, K. T., ... Wilson, G. T. (2012). Racial/ethnic differences in adults in randomized clinical trials of binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 186-195.

- Freimuth, M., Moniz, S., & Kim, S. R. (2011). Clarifying Exercise Addiction : Differential Diagnosis, Co-occurring Disorders, and Phases of Addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(10), 4069-4081.
- Furnham, A., Badmin, N., & Sneade, I. (2002). Body Image Dissatisfaction : Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise. *The Journal of Psychology*, 136(6), 581-596.
- Gaetan, S., Rochaix, D., & Bonnet, A. (2018). Troubles alimentaires, fonctionnement émotionnel et activité physique au sein d'une population étudiante spécifique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.
- Garcia Hejl, C., Garcin, J.-M., Garcia, C., Bigaillon, C., Ceppa, F., & Burnat, P. (2008). Addiction au sport et anorexie. *Pathologie Biologie*, 56(1), 43-45.
- Glasser, W. (1985). *Positive Addiction*. : Harper Collins.
- Goodman, A. (1990). Addiction : Definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85(11), 1403-1408.
- Government of Canada, P. S. and P. C. (2002, 1 juillet). The human face of mental health and mental illness in Canada, 2006 / Editorial Board : Public Health Agency of Canada, Mood Disorders Society of Canada, Health Canada, Statistics Canada, Canadian Institute for Health Information. : HP5-19/2006E - Government of Canada Publications - Canada.ca. Repéré à <http://publications.gc.ca/site/eng/9.650258/publication.html>
- Grinnell, R. M., & Unrau, Y. A. (2005). *Social Work Research and Evaluation : Quantitative and Qualitative Approaches*. Cary, UNITED STATES : Oxford University Press.
- Hacking, I. (1998). *Mad Travelers : Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses* (n edition). Charlottesville, Va : University of Virginia Press.
- Hacking, I. (2002a). *Les fous voyageurs* (Les Empêcheurs de penser en rond). Paris.
- Hacking, I. (2002b). Philosophie et histoire des concepts scientifiques. Repéré à [https://www.college-de-france.fr/media/ian-hacking/UPL7997567846150782232\\_Hacking2001\\_2002.pdf](https://www.college-de-france.fr/media/ian-hacking/UPL7997567846150782232_Hacking2001_2002.pdf)
- Hailey, B. J., & Bailey, L. A. (1982). Negative Addiction in Runners : A Quantitative Approach. *Journal of Sport Behavior; Mobile, Ala.*, 5(3), 150–154.
- Hamer, M., & Karageorghis, C. I. (2007). Psychobiological mechanisms of exercise dependence. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 37(6), 477-484.
- Hausenblas, H. A., & Symons Downs, D. (2002). Exercise dependence : A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(2), 89-123.
- Heywood, L. (2012). HUNGER, EMOTIONS, AND SPORT : A BIOCULTURAL APPROACH1. *Symploke*, 19(1-2), 119–142,418.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.

Johnson, C., Powers, P. S., & Dick, R. (1999). Athletes and eating disorders : The national collegiate athletic association study. *International Journal of Eating Disorders*, 26(2), 179-188.

Kabat-Zinn, J. (2009). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience : MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness : programme complet en 8 semaines*. Bruxelles : De Boeck.

Kaluaratchige, E. (2013). « Orthorexie » : Un questionnement psychopathologique. *Topique*, n° 123(2), 175-188.

Kern, L. (2007a). Dépendance et exercice physique : Une échelle de dépendance à l'exercice physique. *Psychologie Française*, 52(4), 403-416.

Kern, L. (2007b). Validation de l'adaptation française de l'échelle de dépendance à l'exercice physique : L'EDS-R. *Pratiques Psychologiques*, 13(4), 425-441.

Kerr, G., Berman, E., & Souza, M. J. D. (2006). Disordered Eating in Women's Gymnastics : Perspectives of Athletes, Coaches, Parents, and Judges. *Journal of Applied Sport Psychology*, 18(1), 28-43.

Kostrzewa, E., Eijkemans, M. J. C., & Kas, M. J. (2013). The expression of excessive exercise co-segregates with the risk of developing an eating disorder in women. *Psychiatry Research*, 210(3), 1123-1128.

La bigorexie, cette étrange addiction au sport. (2016, 17 décembre).

<https://www.passeportsante.net/>. Repéré à

<https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Nouvelles/Fiche.aspx?doc=bigorexie-etrange-addiction-sport>

Landolfi, E. (2013). Exercise Addiction. *Sports Medicine*, 43(2), 111-119.

Lantz, C. D., Rhea, D. J., & Mesnier, K. (2004). Eating Attitudes, Exercise Identity, and Body Alienation in Competitive Ultramarathoners. *International Journal of Sport Nutrition & Exercise Metabolism*, 14(4), 406-418.

Lapierre, S., Moreau, N., & Larose-Hébert, K. (2011). La psychologisation de l'intervention sociale : Enjeux et perspectives. *Reflète : Revue d'intervention sociale et communautaire*, 17(1), 10-13.

Le Heuzey, M.-F. (2006). La prévention des troubles du comportement alimentaire du jeune enfant est-elle possible ? *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 19(7), 261-264.

L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi*. Sillery, Québec : Presses de l'Université du Québec. Repéré à <https://www.puq.ca/catalogue/themes/methodologie-analyse-developpementale-contenu-1066.html>

- Léonard, T., Foulon, C., & Guelfi, J.-D. (2005). Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC - Psychiatrie*, 2(2), 96-127.
- Leroux-Sostenes, M.-J., & Rouvrais-Charron, C. (2010). Les attentes et les effets du sport sur la santé mentale et physique des travailleurs âgés et des retraités : Le cas du golf. *Gestion*, 35(3), 95–101.
- Lichtenstein, M. B., Hinze, C. J., Emborg, B., Thomsen, F., & Hemmingsen, S. D. (2017). Compulsive exercise : Links, risks and challenges faced. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 85-95.
- Lienard, Y. (2018). Place de la pleine conscience dans le traitement des troubles du comportement alimentaire et de l'obésité : Mise au point. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 53(4), 198-208.
- Maugendre, M., Spitz, E., & Lanfranchi, J.-B. (2009). Étude longitudinale des effets de la motivation sportive sur les troubles des conduites alimentaires chez les adolescentes. *L'Évolution Psychiatrique*, 74(3), 430-444.
- Merglen, A., Flatz, A., Bélanger, R. E., Michaud, P.-A., & Suris, J.-C. (2014). Weekly sport practice and adolescent well-being. *Archives of Disease in Childhood*, 99(3), 208-210.
- Michaud, A. (2017, 28 novembre). Bigorexie : L'obsession du sport et de l'image corporelle. *Statistique et Informatique pour la Santé* " Le Blog. Repéré à <https://www.lpsis-vannes.fr/bigorexie-lobsession-sport-de-limage-corporelle/>
- Michel, G., Purper-Ouakil, D., Leheuzey, M. F., & Mouren-Simeoni, M. C. (2003). Pratiques sportives et corrélats psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 51(4), 179-185.
- Middleton, O. (2002). Pratiques sportives et prévention des conduites à risque. *Psychotropes*, (3), 59–68.
- Mondin, G. W., Morgan, W. P., Piering, P. N., Stegner, A. J., Stotesbery, C. L., Trine, M. R., & Wu, M.-Y. (1996). Psychological consequences of exercise deprivation in habitual exercisers. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 28(9), 1199-1203.
- Monthuy-Blanc, J. (2018). *Fondements approfondis des troubles du comportement alimentaire* (Éditions JFD). Montréal.
- Moreno Pestaña, J. L. (2006). Un cas de déviance dans les classes populaires : Les seuils d'entrée dans les troubles alimentaires. *Cahiers d'Economie et de Sociologie Rurales*, 79, 67-95.
- Mucchielli, A., & Paillé, P. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* : Armand Colin.
- Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS*.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1998). Émique. *Homme*, 38(147), 151-166.

- Paediatrics & Child Health. (1998). Les troubles de l'alimentation chez les adolescents : Les principes de diagnostic et de traitement. *Paediatrics & Child Health*, 3(3), 193-196.
- Pál, J. (2018). Quel lien entre les pratiques sportives des élèves et leur performance et leur bien-être ? *IDEAS Working Paper Series from RePEc; St. Louis*.
- Pilote, A., & Garneau, S. (2011). La contribution de l'entretien biographique à l'étude de l'hétérogénéité de l'expérience étudiante et de son évolution dans le temps. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 42(42-2), 11-30.
- Poisson, Y. (1991). *La recherche qualitative en éducation*. Sillery : Presses de l'Université du Québec.
- Polychronopoulos, G. B. 1, gbond002@odu. edu, Carlisle, K. L. 1, Carlisle, R. M. 1, & Kirk-Jenkins, A. J. 1. (2014). The Emergence of Behavioral Addiction in DSM-5. *Journal of Human Services*, 34(1), 158-162.
- Poupart, J. (2012). L'entretien de type qualitatif. Réflexions de Jean Poupart sur cette méthode. *Sur le journalisme, About journalism, Sobre jornalismo*, 1(1).
- Powers, P. S., Schocken, D. D., & Boyd, F. R. (1998). Comparison of habitual runners and anorexia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 23(2), 133-143.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4<sup>e</sup> éd.). Paris : Dunod.
- Rizk, M., Kern, L., Godart, N., & Melchior, J.-C. (2014). Anorexie mentale, activité physique et nutrition : Quelles potentialisations ? *Nutrition clinique et métabolisme*, 28(4), 287-293.
- Rosenvinge, J. H., & Pettersen, G. (2015). Epidemiology of eating disorders, part I : Introduction to the series and a historical panorama. *Advances in Eating Disorders : Theory, Research and Practice*, 3(1), 76-90.
- Salmi, M., Pichard, C., & Jousset, E. (2010). Psychopathologie et sport de haut niveau. *Science & Sports*, 25(1), 1-10.
- Scodellaro, C., Shon, J.-L. P. K., & Legleye, S. (2017). Troubles dans les rapports sociaux : Le cas de l'anorexie et de la boulimie, Disorders in social relationships: the case of anorexia and bulimia. *Revue française de sociologie*, 58(1), 7-40.
- Seriès, C., Mainhagu, P., & de Boucaud, M. (2017). Anorexie mentale masculine. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(10), 918-925.
- Seznec, J.-C. (2008). Le suivi psychologique de sportifs de haut niveau : Enjeux et réalité. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 166(10), 833-837.
- Sills-Néron, M. (2017). *Les implications normatives de la conceptualisation de l'anorexia nervosa*. Université de Montréal, Canada.

- Simon, Y. (2007). Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 21(4), 137-142.
- Singler, A., Treutlein, G., & Pigeassou, C. (2005). Le dropout provoqué par le dopage : Comment le sport de haut niveau provoque une tendance autodestructrice. *Staps*, no 70(4), 25-31.
- Smolak, L., Murnen, S. K., & Ruble, A. E. (2000). Female athletes and eating problems : A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27(4), 371-380.
- Spittal, P. M., Pearce, M. E., Chavoshi, N., Christian, W. M., Moniruzzaman, A., Teegee, M., & Schechter, M. T. (2012). The Cedar Project : High incidence of HCV infections in a longitudinal study of young Aboriginal people who use drugs in two Canadian cities. *BMC Public Health*, 12(1).
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., ... Nonas, C. (1992). Binge Eating Disorder : A Multisite Field Trial of the Diagnostic Criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191-203.
- Stanghellini, G., Castellini, G., Brogna, P., Faravelli, C., & Ricca, V. (2012). Identity and Eating Disorders (IDEA) : A Questionnaire Evaluating Identity and Embodiment in Eating Disorder Patients. *Psychopathology*, 45(3), 147-158.
- Sullivan, P. (2002). Course and outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Dans *Eating Disorders and Obesity* (pp. 226-232). New York, New York : Guilford.
- Sundgot-Borgen, J. (1993). Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *International Journal of Sport Nutrition*, 3(1), 29-40.
- Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., St Clare, T., & Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders : Prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(2), 118-131.
- Szabo, A., Griffiths, M. D., de La Vega Marcos, R., Mervó, B., & Demetrovics, Z. (2015). Methodological and Conceptual Limitations in Exercise Addiction Research. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, 88(3), 303-308.
- Thouvenin, B., d'Arc, B. F., Baujat, G., Brousse, V., & Abadie, V. (2005). Infantile rumination. *Archives de pédiatrie*, 12(9), 1368-1371.
- Tomori, M., & Rus-Makovec, M. (2000). Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 26(5), 361-367.
- Torstveit, M. K., Rosenvinge, J. H., & Sundgot-Borgen, J. (2007). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes : A controlled study: Eating disorders in athletes and controls. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(1), 108-118.

Vandereycken, W., & van Deth, R. (1994). *From fasting saints to anorexic girls : The history of self-starvation*. New York, NY, US : New York University Press.

Varescon, I. (2009). *Pour conclure...* (S.I.) : Mardaga. Repéré à <https://www.cairn.info/les-addictions-comportementales--9782804700225-page-267.htm>

Veale, D. M. (1991). Psychological aspects of staleness and dependence on exercise. *International Journal of Sports Medicine*, 12 Suppl 1, S19-22.

Véléa, D. (2002). L'addiction à l'exercice physique. *Psychotropes*, 8(3), 39.

Wichmann, S., & Martin, D. (1992). Exercise Excess : Treating Patients Addicted to Fitness. *The Physician and Sportsmedicine*, 20(5), 193.

Zeulner, B., Ziemainz, H., Beyer, C., Hammon, M., & Janka, R. (2016). Disordered Eating and Exercise Dependence in Endurance Athletes. *Advances in Physical Education*, 06(02), 76-87.

## ANNEXE 1

### Grille d'entretien (français) – entrevues biographiques

Thématique	Sous-thèmes
« Informations » générales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situation familiale (passée, présente);</li> <li>- Métier;</li> <li>- Origine sociale;</li> <li>- Loisirs;</li> <li>- Expériences de vie significatives.</li> </ul>
Définition de l'addiction	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définition dans leurs propres mots, selon leur propre vécu.</li> </ul>
Les expériences avant l'addiction	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment était votre vie avant l'addiction ?</li> </ul>
Apparition des premiers signes d'une addiction (ou plusieurs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Début de l'addiction;</li> <li>- Premiers signes de l'addiction;</li> <li>- Interprétation de ces signes;</li> <li>- Quand a-t-elle associé son comportement à une addiction ? Pourquoi (quels signes) ?</li> <li>- Par quel média ou par quelle personne a-t-elle entendu parler la première fois de l'addiction (ou des addictions) en question? En quels termes ?</li> </ul>
Rôle de l'entourage dans le repérage des troubles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Familles;</li> <li>- Amis;</li> <li>- Professionnels;</li> <li>- Collègues;</li> <li>- L'addiction a-t-elle été annoncée / légitimée par un professionnel?</li> </ul>
Impact de la catégorie d'addiction sur leur vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaménagements quotidiens (vie affective, sociale, professionnelle);</li> <li>- Perception de soi;</li> <li>- Modification de soi;</li> <li>- Stigmatisation potentielle;</li> <li>- Potentiel positif de l'addiction.</li> </ul>
Vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expérience quotidienne (vie affective, sociale, professionnelle).</li> </ul>
Intégration dans un groupe d' « addicts »	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les rites de passage</li> <li>- Le partage des expériences avec les pairs</li> <li>- L'identification avec le groupe</li> <li>- Les pratiques communes</li> </ul>
Techniques de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Techniques d'autogestion;</li> <li>- Prises en charge professionnelles;</li> <li>- Prise en charge autre.</li> </ul>
Poly-addictions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence de poly-addictions;</li> <li>- Passages d'une addiction à une autre.</li> </ul>