

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Dysmorphie Musculaire, une entité nosographique méconnue ?
Revue narrative de la littérature et illustrations cliniques**

Présentée et soutenue publiquement le 17 juin 2024 à 14h00
au Pôle Recherche
par **Nassim SAILE**

JURY

Président :

Madame le Professeur Mathilde HORN

Asseseurs :

Madame le Docteur Valérie DEBAENE

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Marion HENDRICKX

Liste des abréviations

AAS = Anabolic-Androgenic Steroids ou stéroïdes anabolisants androgènes

ABI = Addiction to Body Image ou addiction à l'image corporelle

APEDS = Appearance and performance-enhancing drugs and supplements ou Médicaments et substances améliorant l'apparence et la performance

ANSES = Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

CIM = Classification Internationale des Maladies

CMP = Centre Médico-Psychologique

DSM = Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

FFF = Fédération Française de Force

FFG = Fédération Française de Gymnastique

FFHM = Fédération Française d'Haltérophilie et de Musculation

FNSWC = Fédération Nationale de Street Workout et Calisthenics

FSH = Follicle Stimulating Hormone ou Hormone folliculo-stimulante

GH = Growth Hormone ou hormone de croissance

HAS = Haute Autorité de Santé

IGF-1 = Insulin-like Growth Factor 1 ou facteur de croissance 1 ressemblant à l'insuline

INSEE = Institut National de la Statistique et Etudes Economiques

LH = Luteinizing Hormone ou Hormone lutéinisante

TCA = Troubles du Comportement Alimentaire

TCC = Thérapie Cognitivo-Comportementale

TOC = Trouble Obsessionnel Compulsif

Table des Matières

I. Préface	5
II. Méthodologie	7
III. Introduction	9
A. Histoire de la dysmorphie musculaire	9
B. Descriptions des sports modifiant la stature	10
C. Quelques chiffres de la musculation en France	13
IV. Première illustration clinique : Léo	14
V. Epidémiologie	17
A. Prévalence	17
B. Facteurs de risque	17
1) Selon le genre et l'appartenance à une minorité sexuelle	17
2) Selon l'âge	18
3) Selon les événements de vie traumatiques	19
4) Selon le vécu de l'adolescence	19
5) Selon le sport pratiqué	19
6) Selon la génétique	20
7) Selon les antécédents de TCA	20
8) Selon les antécédents de dysmorphie corporelle	21
VI. Deuxième illustration clinique : Sébastien	22
VII. Symptomatologie	29
A. Drive for	29
B. Exercice physique	31
C. Symptômes alimentaires	32
D. Image corporelle	33
E. Distorsions cognitives	36
F. Supplémentation et dopage	37
1) APEDS légaux	38
a) Les protéines	38
b) Les BCAA	39
c) Les ergogènes	39
d) Les vitamines et minéraux	40
e) Les oméga-3	40
f) Les gainers	41
g) Le collagène	41
2) APEDS illégaux	41
a) Stéroïdes anabolisants androgènes	41
b) Autres substances	42
G. Conséquences sociales	44
H. Traits associés	45
VIII. Comorbidités	46

A. Comorbidités psychiatriques et addictologiques	46
B. Comorbidités somatiques	47
IX. Troisième illustration clinique : Ralph	49
X. Echelles d'évaluation	56
A. Evaluations par mesure de la masse estimée	56
B. Evaluations par une échelle de Likert	57
C. Evaluations par une matrice morphologique	58
XI. Prise en charge	59
A. Repérage	59
B. Principes de prise en charge	60
C. Aspects psychothérapeutiques et pharmacologiques de la prise en charge	61
D. Prise en charge médico-légale en cas de dopage	63
XII. Quatrième illustration clinique : Anna	64
XIII. Contexte sociétal	65
A. La dysmorphie musculaire au temps du néolibéralisme du bien-être	66
B. Théorie de l'objectification	67
C. Rôle des réseaux sociaux	68
XIV. Classification	71
A. Classification actuelle dans les ouvrages scientifiques	71
1) Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)	71
2) Selon la Classification Internationale des Maladies (CIM)	72
B. Réflexion nosographique dans la littérature scientifique	72
1) La dysmorphie musculaire comme trouble du comportement alimentaire	73
2) La dysmorphie musculaire comme addiction à l'image corporelle	74
XV. Discussion	76
A. Les forces et limites de notre revue narrative de la littérature	76
B. Les forces et limites des illustrations cliniques	77
C. Les limites des données portant sur la dysmorphie musculaire	78
XVI. Conclusion	80
XVII. Bibliographie	81
XVIII. Annexes	84
A. Résumé des caractéristiques cliniques	84
B. Guide de l'entretien	86
C. Programme alimentaire de X (Adrien)	87
D. Critères CIM11	88

I. Préface

Le sport a toujours fait partie de ma vie. Il m'est une source de bonheur et d'épanouissement, il m'apporte à la fois une bonne santé physique et mentale. Cependant il peut également être une source de souffrance et de comportements inappropriés.

Depuis plusieurs années déjà, j'ai l'impression de voir dans mon entourage amical et sportif une accentuation des pratiques sportives et des habitudes de vie considérées comme saines. Ces personnes semblent également présenter une insatisfaction perpétuelle de leurs performances sportives et de leur physique qui sont pourtant honorables.

Mes études de psychiatrie et mes rencontres avec les patients m'ont également permis de me poser de nombreuses questions. Je garde en mémoire cet adolescent de 16 ans qui était suivi en hôpital de jour TCA pour anorexie mentale. Il avait un IMC oscillant entre 17 et 18. Il était tout de noir vêtu, portait des vêtements amples et gardait son masque noir et sa casquette sur la tête pour essayer d'être invisible. Il se rendait quotidiennement à la salle de sport près de chez lui pour devenir musclé et sec. Son alimentation était restrictive et s'axait majoritairement sur les sources de protéines.

Certains sports entraînent des modifications importantes du physique ou ont pour but la modification même du physique. Alors comment différencier un engouement sain pour une pratique sportive de comportements pathologiques ? (1)

Cette thèse d'exercice en médecine s'intéresse à la dysmorphie musculaire. Les personnes atteintes par cette pathologie craignent de ne pas être suffisamment

musclées et dessinées. Leur vie est modelée par cette idée avec pour conséquences une pratique sportive intensive, des régimes alimentaires spécifiques, des altérations de leur vie sociale et professionnelle et une souffrance significative. Cette maladie qui semble en plein essor fait l'objet de débat quant à sa classification et ne possède que trop peu de sources de documentations la décrivant. Nous essaierons au cours de ce travail préparatoire à des recherches ultérieures de réaliser une description clinique de la dysmorphie musculaire et de proposer une réflexion sur ce trouble.

II. Méthodologie

Une revue narrative de la littérature scientifique a été effectuée à partir d'articles rédigés en anglais et en français à l'aide des bases de données électroniques Pubmed, Science Direct, Google Scholar et Cairn. Les mots clés utilisés étaient "muscle dysmorphia" ou "dysmorphie musculaire" ou "bigorexia" ou "bigorexie". Nous avons également étudié les articles cités dans ceux sélectionnés afin d'identifier les articles de référence ou toute autre étude pertinente.

De plus, devant la multitude des résultats obtenus avec les mots clés précédents, certains sujets spécifiques ont nécessité de leur ajouter d'autres mots clés pour affiner les résultats. Par exemple par la combinaison suivante "muscle dysmorphia" et "aped".

La sélection des articles retenus a été faite par une analyse de leur titre et de leur résumé.

Dans ces différents articles étudiés, il s'agissait :

- d'analyser les caractéristiques épidémiologiques
- de décrire les comportements en lien avec la dysmorphie musculaire
- d'évaluer les comorbidités de la pathologie
- proposer une prise en charge adaptée au trouble
- rechercher des facteurs étiologiques.

Afin de mieux contextualiser les données collectées et devant le manque de sources pertinentes dans les bases de données scientifiques étudiées, certaines informations et définitions sont issues de sites internet gouvernementaux, d'instituts de sondage

nationaux, des fédérations françaises des sports concernés ou des principaux sites sportifs commerciaux.

Des illustrations cliniques et des témoignages sont présentés dans cette thèse d'exercice. Les personnes citées ont été anonymisées et leur nom a été changé pour rendre la vignette clinique plus agréable à lire. La légalité de la procédure a été validée par la cellule juridique de l'hôpital Saint Vincent de Paul de Lille.

Parmi les illustrations et témoignages cliniques, on retrouve :

- des patients rencontrés au cours de ma formation d'interne en psychiatrie et dont l'histoire et les observations sont rédigées à partir de ma mémoire et de mes observations cliniques.
- des sujets issus de mon terrain privé dont j'ai observé qu'ils présentent des comportements qui seront décrits ultérieurement. Nous leur avons demandé s'ils acceptaient de répondre, de manière anonyme, aux questions concernant ces comportements. Leur consentement écrit a été recueilli. Pour cela mon terrain privé est devenu un terrain de participation observante et nous avons réalisé des entretiens semi-directifs à réponses libres. Le guide de l'entretien se trouve en annexe. Les échanges ont été réalisés en face à face dans le lieu de leur choix. Des notes ont été prises durant cet entretien à partir d'un logiciel de traitement de texte d'un ordinateur portable. Une réécriture de l'échange a rapidement été réalisée et sa relecture a été proposée au proche avant de l'inclure dans cette thèse.

III. Introduction

A. Histoire de la dysmorphie musculaire

Selon Les Métamorphoses d'Ovide (2), Adonis, fils de Cinyras, roi de Chypre, est dès sa naissance doté d'une grande beauté "il pourrait plaire même aux yeux de l'envie". Pour cela il était courtié par Aphrodite, déesse de l'Amour et de la Beauté, et Perséphone, fille de Zeus et épouse d'Hadès. La dysmorphie musculaire est également appelée syndrome d'Adonis car elle touche préférentiellement des hommes jeunes et sportifs, image d'un idéal de beauté dans notre société actuelle.

C'est en 1993 que Pope et son équipe du département de psychiatrie de Harvard découvrirent les prémices de la dysmorphie musculaire en étudiant l'usage des stéroïdes chez 108 bodybuilders américains (3). Ils remarquèrent que ces hommes, dont la musculature était bien supérieure à la moyenne, étaient insatisfaits de leur corps. Leur vie et leurs comportements étaient dictés par le souhait de devenir plus musclés et dessinés. Il a alors nommé cette maladie "Anorexia Reverse" ou anorexie inversée en référence à l'anorexie mentale, pathologie dans laquelle la personne souhaite devenir toujours plus mince. Il a également trouvé que cette population, par rapport à la population générale de l'époque, avait plus d'antécédents de TCA, était plus susceptible d'utiliser des stéroïdes et d'avoir des troubles de l'humeur.

En 1997, Pope et son équipe ont renommé cette maladie "Muscle Dysmorphia" ou dysmorphie musculaire du fait de sa parenté avec les troubles dysmorphophobiques.

(4) Ils expliquent ce changement nosographique par le fait que dans la dysmorphie musculaire, ce sont les idées obsédantes centrées sur le corps qui entraînent

secondairement les comportements comme le sport, les régimes ou la prise de compléments alimentaires.

C'est en 2001 qu'Olivardia propose trois critères diagnostiques principaux de la dysmorphie musculaire : (5)

- l'individu est préoccupé par l'idée de ne pas être assez musclé et dessiné
- la préoccupation cause une détresse clinique significative ainsi qu'une altération du fonctionnement avec répercussion dans la vie sociale et professionnelle
- les préoccupations et comportements sont centrés sur l'idée fixe selon laquelle le corps est trop petit ou pas assez musclé

Ce n'est qu'en 2013 que la dysmorphie musculaire fait son apparition dans le DSM-5 comme sous-type d'une dysmorphie corporelle. (6)

Cependant, de tout temps, l'image corporelle et les insatisfactions qui en résultent semblent préoccuper les hommes. En effet, nous savons tous à quoi ressemblent les statues des divinités grecques dont le corps est musclé et sec. On retrouve également durant le Moyen-âge des pratiques comme le port d'armures massives ou le rembourrage des vêtements par du foin pour rendre son corps plus imposant. (7)

B. Descriptions des sports modifiant la stature

L'entraînement sportif, en particulier celui permettant de modifier la musculature, tient une place importante dans la symptomatologie des personnes souffrant de dysmorphie musculaire. Ainsi, afin de mieux appréhender leur pratique sportive, il semble pertinent de s'intéresser aux différents sports modifiant la corpulence.

Selon la FFHM, la musculation est une activité dont le but est de faire travailler ses muscles, avec une résistance qui peut être le poids du corps ou une charge légère, moyenne ou lourde en fonction de ses objectifs. Il existe différentes pratiques possibles. (8)

Selon la FFF, le culturisme ou bodybuilding représente l'aspect esthétique compétitif de la musculation. Le but du culturisme est d'acquérir une masse musculaire particulièrement développée et harmonieuse. Lors des compétitions, l'athlète doit avoir un pourcentage de masse grasse le plus faible possible sans mettre sa santé en danger. C'est un sport individuel à catégorie de poids de corps et d'âge dans lequel les athlètes effectuent certaines poses. Ces poses ont pour objectif de mettre en valeur leur musculature et leur ligne. (9)

La FFHM décrit l'haltérophilie comme une discipline olympique qui demande force, souplesse et dynamisme. Ce sport se décompose en deux mouvements qui sont l'arraché et l'épaulé-jeté, l'objectif étant de soulever une charge maximale. En compétition, l'athlète dispose de trois essais pour chaque mouvement. La somme du meilleur essai de chaque mouvement est réalisée, l'athlète ayant le plus haut total l'emporte selon sa catégorie de poids de corps et de genre. (10)

La FFF décrit la force athlétique ou Power Lifting en anglais comme un sport de force à catégories (âge, poids de corps, sexe). Il est composé de trois mouvements qui sont la flexion de jambes ou squat, le développé couché et le soulevé de terre. Comme pour l'haltérophilie, en compétition, l'athlète dispose de trois essais pour

chaque mouvement. La somme du meilleur essai de chaque mouvement est réalisée, l'athlète ayant le plus haut total l'emporte selon sa catégorie. (11)

La FNSWC décrit le street workout et la callisthénie comme des sports à mi-chemin entre la gymnastique suédoise et la musculation. Mélangeant figures de force, souplesse et équilibre, ils se pratiquent majoritairement sans accessoires. Le corps fait office de poids. (12)

Selon la FFG, il existe de nombreuses pratiques gymnastiques. Elles ont pour point commun d'assouplir et de fortifier le corps par des exercices appropriés. (13)

Selon le sport pratiqué, la stature de l'athlète n'est pas la même. Dans les sports de force comme l'haltérophilie ou la force athlétique, il est nécessaire d'avoir un certain taux de masse grasse pour réussir à soulever des poids toujours plus lourds. Dans certains types de gymnastique ou de callisthénie, il est nécessaire d'être sec et léger pour réussir des figures d'endurance. Dans le culturisme, l'objectif de devenir le plus musclé et sec possible est identique à celui des personnes souffrant de dysmorphie musculaire. (1)

Il est légitime de se demander si la dysmorphie musculaire touche plus particulièrement un de ces sports et si elle prend une expression différente selon le sport pratiqué.

C. Quelques chiffres de la musculation en France

La pratique de la musculation est largement répandue et semble prendre de l'ampleur parmi les Français. Dans une enquête de 2020, l'Insee mesurait que 13,9% des Français tous âges confondus pratiquaient de manière régulière la musculation en France. Cela représentait 19,1% des hommes et 9,3% des femmes. (14)

L'IPSOS a réalisé une étude en 2015 et une étude en 2017 pour décrire les types de pratique de musculation. Dans une définition plus large de la musculation que celle de l'Insee, il trouvait que 30% des Français la pratiquait en 2015 contre 35% en 2017. Le lieu de pratique principal serait passé du domicile (54% en 2015) aux salles de sport (58% en 2017). Dans l'étude de 2017, 86% des pratiquants déclarent faire de la musculation pour améliorer leur apparence physique. (15,16)

L'Insee mesure que les sportifs réguliers appartiennent à des catégories socio-culturelles favorisées. De plus, les pratiquants assidus avaient un ou des parents sportifs durant leur enfance ou adolescence. (14) En 2015, l'institut IPSOS montrait que la population délaissant les salles de sport le faisait à cause du prix trop élevé (67%), de la distance avec le domicile notamment dans les petites villes ou les espaces ruraux (15%) et par leur gêne ressentie vis-à-vis du regard des autres (8%). (16)

Nous pouvons ainsi nous demander si le milieu socio-économique et l'urbanisation ont un lien avec la dysmorphie musculaire.

IV. Première illustration clinique : Léo

Léo est le jeune patient évoqué en préface. Je l'ai rencontré en hôpital de jour pour troubles du comportement alimentaire. Il nous avait été adressé pour anorexie mixte sans conduite de purge.

Le jour de notre première rencontre, Léo a 16 ans. Il est venu accompagné de sa mère.

Il est habillé avec plusieurs couches d'amples vêtements noirs, d'une casquette de la même couleur sur laquelle reposait un casque audio noir. Malgré la levée de l'obligation du port du masque, il en portait un de couleur noire également. Il avait continuellement la tête baissée et les yeux cachés par une frange. Malgré une certaine réserve de sa part en début d'entretien, il a réussi à m'expliquer une partie de ses symptômes. Il me dit alors se restreindre sur l'alimentation, ne manger que des choses qu'il juge saines et peu caloriques et faire beaucoup de sport en salle de musculation. Il lui arrivait également quasi quotidiennement des crises de boulimie secondaires aux restrictions alimentaires. Il ne présentait pas de conduite de purge.

Au fur et à mesure de nos rencontres, il arrivait à mieux me détailler ses symptômes et son environnement. Léo était un jeune qui suivait des cours à domicile via le CNED (Centre National d'Education à Distance) pour phobie scolaire. Il était également suivi au CMP de son secteur pour idées suicidaires et tentative de suicide. Sa grande sœur était suivie pour anorexie mentale et sa mère présentait selon lui des préoccupations alimentaires. Il décrivait son père comme dur et sévère et y voyait un lien avec ses origines du Moyen-Orient.

Les journées de Léo étaient ritualisées. Il se levait le matin vers 9h00, ne prenait pas de petit-déjeuner et se rendait à la salle de sport proche de chez lui entre 10h00 et

12h00. Il s'y rendait à ces horaires car il y avait peu de monde et qu'il craignait le regard des autres. Il lui arrivait souvent de faire des malaises pendant ses entraînements. Ensuite il rentrait et mangeait pour son repas du midi : quelques œufs et un petit peu de légumes. Il ne mangeait pas de féculents car trop caloriques selon lui. L'après-midi, il essayait difficilement d'étudier ou de faire de la musique. Le repas du soir était sensiblement identique à celui du midi. Souvent, durant l'après-midi, suite aux restrictions alimentaires, il pouvait réaliser une crise de boulimie, essentiellement à partir de chocolat, chose qu'il adorait et dont il se privait car calorique et non riche en protéine. En cas de crise de boulimie, il présentait des comportements de compensation en majorant ses restrictions alimentaires ou en intensifiant ses séances de sport. Il disait ne pas présenter de conduite de purge car cela le "dégoûtait" mais aurait bien voulu en réaliser après les crises pour ne pas prendre de graisse.

Léo me disait ne pas consommer d'APEDs car il n'avait pas les moyens d'en acheter lui-même et ses parents lui refusaient. Cependant, il consommait des yaourts hyperprotéinés à environ 15g de protéines par pot. Ses parents voulaient bien lui en acheter parce qu'on les trouve dans le commerce. Il me disait attendre avec impatience d'avoir les moyens financiers d'acheter d'autres types de compléments.

Il m'expliquait que son idéal de beauté vers lequel il souhaitait tendre était un corps musclé et sec, "taillé en V", c'est-à-dire avec des épaules plus larges que les hanches. Un jour, je lui avais montré une image issue d'internet et sans validité clinique reconnue mais sur laquelle figurait différents corps dont la musculature et le taux de masse grasse variaient. Il m'avait alors dit souhaiter ressembler à un des corps musclés et dont le taux de masse grasse était de l'ordre de 6-8%.

Léo avait également pu me faire part d'un harcèlement scolaire et d'une agression dans la rue dont il avait été la victime. Il me disait, comme deuxième raison après le côté esthétique, souhaiter être musclé pour mieux se défendre.

Au cours de nos différentes rencontres, je trouvais que Léo ne présentait pas une anorexie mixte typique. En effet, la quête de minceur ne semblait pas être la dimension principale et unique à prendre en compte. La recherche de musculature et les moyens d'y parvenir m'apparaissaient tout aussi centraux dans le trouble que présentait Léo.

V. Epidémiologie

A. Prévalence

La prévalence de la dysmorphie musculaire n'est aujourd'hui pas bien connue et est variable selon les populations étudiées. (5,17).

Selon les études, la prévalence de la dysmorphie musculaire est de 5,9% à 44%. (5)

Une revue de la littérature montre une prévalence vie-entière de dysmorphie musculaire comprise entre 13,6% et 44% chez les hommes pratiquant l'haltérophilie. (18)

Une autre étude retrouve une prévalence semblable à celle des troubles alimentaires chez les femmes (6,9%) mais est à prendre avec précaution car des entretiens cliniques n'ont pas été réalisés (17).

Il semblerait que l'insatisfaction corporelle chez les hommes augmente. (19)

Cependant, la prévalence de la dysmorphie musculaire reste difficile à estimer et est probablement sous-estimée car les patients ont parfois l'impression que cela entre dans un mode de vie sain et ne vont pas recourir au système de soins. (1)

B. Facteurs de risque

1) Selon le genre et l'appartenance à une minorité sexuelle

La dysmorphie musculaire est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. (7,20) Une étude sur des soldats américains au Texas révèle une prévalence de dysmorphie corporelle de 13% chez les hommes et 21,7% chez les

femmes et une prévalence de dysmorphie musculaire de 12,7% chez les hommes et 4,2% chez les femmes. (21)

Les personnes homosexuelles souhaitent plus fréquemment augmenter leur masse musculaire. (20) Dans leur étude, Olivardia et ses collaborateurs ont montré que 21% des haltérophiles atteints de dysmorphie musculaire sont homosexuels tandis que 17% des haltérophiles ne souffrant pas de ce trouble sont homosexuels. (20,22)

2) Selon l'âge

La dysmorphie musculaire peut affecter des individus de tout âge, mais les jeunes adultes semblent être la population la plus touchée. Il semblerait que les enfants et les adolescents de plus en plus jeunes sont à risque de développer des troubles de l'image corporelle comme la dysmorphie musculaire. (23) L'âge moyen d'apparition du trouble serait entre 16 et 17 ans (20), tandis que l'âge moyen lors du premier diagnostic serait de 19 ans.(17) Il semblerait que 90 à 95% des étudiants présenteraient une insatisfaction corporelle et 85% des hommes universitaires français seraient insatisfaits de leur masse musculaire. (20) Dans une population d'étudiants Bordelais pratiquant la musculation, la prévalence de la dysmorphie musculaire était de 18,7%. (5)

Dans une autre étude réalisée chez des adolescents australiens, la prévalence de la dysmorphie musculaire était de 2,2% chez les garçons et 1,4% chez les filles. (24) Elle était également plus fréquente chez les adolescents plus âgés. Les garçons étaient plus préoccupés par leur musculature et les régimes alimentaires centrés sur la musculature, ce qui interférait avec leur vie tandis que les filles étaient plus gênées par l'inconfort lié à l'exposition du corps.

3) Selon les événements de vie traumatiques

Dans leur étude, Gruber et Pope trouvaient que 13% des femmes pratiquant le weight-lifting avaient subi des agressions sexuelles durant leur adolescence ou à l'âge adulte et souffraient de dysmorphie musculaire lors de la passation de l'enquête. La prise de stéroïdes anabolisants était en rapport avec la période post-agression et avait pour but la prise de masse musculaire afin de se défendre.

(25,26)

Chez les haltérophiles atteints de dysmorphie musculaire, 29% ont été spectateurs de violences de leur père envers leur mère et 33% entre leur mère et eux-mêmes contre respectivement 3% et 3% chez les haltérophiles non atteints par la maladie.

(20,22)

4) Selon le vécu de l'adolescence

Il a été décrit que certaines personnes adultes atteintes aujourd'hui de dysmorphie musculaire étaient décrites à l'adolescence comme "skinny" (maigre), avec un manque de confiance en soi et souhaitant plaire aux filles. (1)

Les ruptures sentimentales semblent être un mode d'entrée ou d'aggravation de la maladie.

5) Selon le sport pratiqué

Tout comme les sports mettant l'accent sur la minceur dans l'anorexie mentale tels la course à pied ou la danse, les sports mettant en avant la force ou la stature comme le football américain, la lutte ou la musculation sont plus à risque de dysmorphie musculaire. (7)

Les personnes pratiquant la musculation à visée esthétique ou de performance ou participant à des compétitions sont également plus à risque de dysmorphie musculaire. (27)

La dysmorphie musculaire semble plus fréquente dans le bodybuilding que dans le powerlifting. Les bodybuilders semblent plus préoccupés par les régimes alimentaires de l'ordre de 20% et sur leur mensurations et l'utilisation de produits pharmacologiques de l'ordre de 10%. En revanche, il ne semble pas exister de différences importantes sur la dépendance à l'exercice physique ou l'utilisation de compléments alimentaires entre les deux populations. (28)

6) Selon la génétique

Une étude conduite auprès de 319 jumeaux garçons monozygotes et dizygotes a permis d'évaluer la contribution génétique dans l'émergence d'insatisfactions en lien avec les muscles. Les résultats de cette étude témoignent notamment d'un risque accru de présenter des préoccupations musculaires chez des jumeaux monozygotes, en comparaison aux jumeaux dizygotes. Ce lien a aussi été retrouvé chez les jumeaux dizygotes, mais de manière beaucoup moins forte. (23)

Ainsi, nous pouvons en conclure qu'il existe une vulnérabilité génétique dans le développement de la dysmorphie musculaire.

7) Selon les antécédents de TCA

Il a également été décrit la transition d'un régime axé sur la maigreur vers un régime axé sur la musculature chez un adolescent lors du traitement de l'anorexie mentale. (29) Ainsi, "le retour du poids corporel et la réduction, voire l'extinction, de la

tendance à la minceur (marqueurs clés de la récupération de l'anorexie mentale) masquent le développement et le maintien de comportements alimentaires désordonnés liés à la musculature chez les hommes. Cela souligne l'importance d'évaluer deux facettes distinctes de l'insatisfaction corporelle : l'insatisfaction liée à la graisse et celle liée à la musculature." (30)

La psychopathologie des troubles de l'alimentation serait positivement liée à l'insatisfaction corporelle et aux troubles dysmorphiques corporels chez les bodybuilders masculins. (31)

Oliviarda, Pope et Hudson ont montré que 29% des haltérophiles atteints de dysmorphie musculaire ont présenté de l'anorexie mentale, de la boulimie nerveuse ou des crises alimentaires contrairement aux haltérophiles sans dysmorphie musculaire. (20,22)

8) Selon les antécédents de dysmorphie corporelle

Bien que classée dans le DSM-5 comme un trouble dysmorphique corporel spécifique, il semblerait que les sujets atteints de dysmorphie musculaire soient plus susceptibles d'avoir des antécédents de dysmorphies corporelles spécifiques. (27)

Selon le DSM-5 : "Les sujets souffrant d'une obsession d'une dysmorphie corporelle (affection connue historiquement sous le nom de *dysmorphophobie*) sont préoccupés par une ou plusieurs imperfections ou défauts perçus dans leur apparence physique et qui, selon eux, semblent laids, sans attraits, anormaux ou déformés." (6)

VI. Deuxième illustration clinique : Sébastien

Sébastien est un jeune homme de 28 ans que j'ai rencontré sur mon terrain d'observation et dont l'entretien a été réalisé le 28/11/2023. Il a fait des études d'ingénieur sur Lille. Il vit aujourd'hui sur Bordeaux où il réalise des missions de quelques mois en tant qu'ingénieur consultant. Il est en couple depuis 6 mois et vit seul en appartement.

Il a comme principal antécédent un retard pubertaire diagnostiqué vers l'âge de 20 ans et dont il ne connaît pas l'étiologie. Pour cela, il bénéficie d'un suivi endocrinologique et d'un traitement hormonal substitutif. Son traitement a débuté à l'âge de 21 ans par de la LH et de la FSH. Aujourd'hui il consiste en une prise hebdomadaire de 5 unités d'Ovitrelle® (choriogonadotropine alfa) par auto-injection sous-cutanée.

Il déclare également avoir des notions de dépressions dans sa famille maternelle.

Au niveau familial, Sébastien est le dernier d'une fratrie de 4. Il a un écart d'une dizaine d'années avec le 3e de la fratrie. Il dit que le sport a toujours tenu une place centrale dans sa famille. Son père a pratiqué de nombreux sports et a participé plusieurs fois au tournoi de Roland Garros. Ses frères et sa sœur pratiquent également de nombreux sports. Son père les aurait toujours poussés à pratiquer plusieurs sports en compétition avec rigueur et avec des objectifs de performance. Sébastien peut dire que lorsqu'il pratiquait le tennis, son père lui faisait faire des tours de terrain s'il manquait une balle. Il déclare l'avoir mal vécu à l'époque, d'autant plus qu'avec son retard pubertaire ses capacités sportives n'étaient pas les

mêmes que celles de ses camarades du même âge. Aujourd'hui il est reconnaissant car cela lui a permis d'être rigoureux, sportif et en bonne santé. A l'époque il pratiquait essentiellement le tennis, la natation, le ski et le judo.

En revenant sur son parcours, Sébastien définit sa jeunesse comme difficile. Il dit s'être senti différent de ses pairs à partir de ses 15 ans. Il n'avait pas les mêmes centres d'intérêts que les autres jeunes de son âge "j'avais l'impression d'être un bébé" et avait des difficultés dans ses relations interpersonnelles. Il raconte qu'en terminale, lorsqu'il avait changé de lycée, une personne qui est aujourd'hui son ami, avait cru qu'il était un enfant surdoué ayant sauté plusieurs classes. A cette époque, il se décrit comme un jeune triste, anxieux, perfectionniste, ayant "peur de rater" et se dévalorisant. Il n'a jamais eu d'idées suicidaires. Pour "s'évader", il se réfugiait dans son "cocon" qu'étaient les jeux vidéos. Il pouvait alors jouer 6h par jour de semaine et plus encore les weekends. Cette période a duré jusqu'à ses 21-22 ans.

A 21 ans il a bénéficié d'un traitement hormonal substitutif et "tout a changé rapidement" jusqu'à ses 24 ans. Durant cette période il a pris 30 kg de masse corporelle, 30 cm de hauteur et subissait les effets indésirables du traitement avec des nausées, des vomissements, des douleurs gastriques et des hyperthermies. Il avait également des difficultés à s'approprier ces changements corporels qu'il ressentait comme "une perte du centre de gravité".

Parallèlement, vers 22 ans, Sébastien a commencé la musculation pour devenir différent. Il souhaitait avoir confiance en lui et plaire aux autres, notamment aux filles "j'ai toujours eu du mal avec les filles, c'était le désert sentimental, je n'avais jamais eu de copine". Il s'inscrit alors dans une salle de musculation et suit les conseils sportifs et nutritionnels d'un coach.

Aujourd'hui, Sébastien pratique de la musculation de type bodybuilding donc à visée esthétique. Lorsqu'il a commencé la musculation, il faisait 6 séances par semaine de manière "stricte", même s'il partait en vacances. Il évoque des vacances familiales de deux semaines où il s'était inscrit à une salle de sport sur place pour pouvoir réaliser ses séances "c'était indispensable".

Actuellement, il réalise 5 séances par semaine selon un programme "push, pull, leg". Il s'agit de trois types de séances travaillant différents groupements musculaires.

- le lundi et le jeudi il fait une séance leg ou jambe pour travailler les quadriceps, les ischio-jambiers, les fessiers et les mollets
- le mardi et le vendredi il fait une séance push ou mouvements de poussé pour travailler les pectoraux, les triceps et les épaules
- le mercredi il fait une séance pull ou mouvements de tirage pour travailler le dos et les biceps

Durant ses séances, il fait le plus souvent 3 à 4 séries de 8 répétitions par exercice.

Il ne chronomètre pas son temps de repos mais se fie plutôt à la sensation de récupération entre les séries pour permettre une intensité suffisante pendant l'effort.

Il pratique également la course à pied jusqu'à 2 fois par semaine lorsque la météo le permet pour perdre des calories et de la masse grasse, il n'a pas d'objectif de performance. Occasionnellement, il fait de l'escalade avec des amis pour le plaisir. De plus, il aimerait pouvoir reprendre le tennis s'il en a le temps.

Il n'a jamais eu de blessure en lien avec sa pratique sportive.

Sur le plan alimentaire, il suit un régime planifié avec son coach sur des périodes de 6 mois. Lorsqu'il a commencé, son régime avait pour but de perdre de la masse

grasse, il faisait alors 93 kg. Depuis un peu plus d'un an, il a un nouveau coach et son régime alimentaire a pour but une prise de masse musculaire. Du lundi au vendredi, ses repas sont planifiés et identiques chaque jour de la semaine. Ils se répartissent en 5 repas par jour dont chaque aliment est pesé de manière précise afin d'optimiser les résultats (voir annexe C). Le weekend, il peut manger ce qu'il souhaite mais "dans un certain contrôle". Son alimentation est calculée "à la calorie près" et dépend des objectifs fixés. En effet, il fait des "cycles de bulking et cutting sans fin".

Il limite également ses consommations en alcool qui sont devenues aujourd'hui occasionnelles car c'est une boisson calorique, n'ayant pas de valeur nutritive et empêchant la croissance musculaire.

Sébastien consomme des compléments alimentaires depuis ses 24 ans. Il prend une cuillère doseuse de 5 mg de créatine par jour et 30 à 60 g par jour de whey isolate en fonction de son apport alimentaire. Depuis qu'il a 27 ans, il consomme également des vitamines Berocca® qu'il achète en pharmacie. De plus, il dit consommer en grande quantité des boissons énergisantes non caloriques de type Monster Zéro® pour lesquelles il réalise des périodes d'abstinence de 3 à 4 semaines pour ne pas devenir dépendant.

Il déclare avoir déjà pensé à augmenter ses quantités d'Ovitrelle sans jamais en avoir eu l'intention. Il dit qu'il y a trop de risques pour sa santé et que ces pensées sont dues aux comparaisons avec les personnes ayant des musculatures plus développées.

Il a déjà, de manière ponctuelle et festive, expérimenté des drogues.

Les objectifs de Sébastien ont évolué au fur et à mesure du temps. Lorsqu'il a commencé la musculation, il souhaitait avoir un corps qui ressemble à celui de l'acteur Stephen Amell mais il dit être devenu de plus en plus exigeant et que "son corps n'est pas si incroyable que ça". Aujourd'hui, il dit avoir été influencé par Instagram et souhaite alors avoir un corps qui ressemble à celui d'Alex Eubank qui est un influenceur fitness. Il sait qu'ils n'ont pas la même vie, que pour Alex Eubank il s'agit d'un métier et qu'il a donc plus de rigueur. Cependant, il semble être une source d'inspiration et a l'espoir d'atteindre le même corps après des années d'entraînement.

Concernant les réseaux sociaux, il dit moins s'y rendre et avoir réussi à se détacher de ce qu'on y voyait. "C'était trop négatif" selon lui, il se comparait aux autres et avait l'impression de devoir avoir un corps tel qu'on les voit sur les réseaux sociaux. Il me donne comme exemple les publications "natty or not" qu'il visionnait. Il s'agit de publications montrant le corps d'un athlète connu et ayant pour objectif de créer un débat entre internautes pour savoir si l'athlète est dopé ou non. Pour lui, il y a de nombreux facteurs qui font ressortir la musculature sur les réseaux sociaux comme les retouches ou la lumière. Il dit que ce qu'on y voit n'est pas la réalité, que les réseaux sociaux norment les objectifs souhaités alors que nous sommes tous différents.

Il apprécie, sans les prendre au sérieux, regarder les vidéos d'influenceurs se comparant aux héros de mangas car il aime la culture des animés.

Il lui arrive lui-même de publier sur les réseaux sociaux. Selon la modalité follow up, il a publié deux fois des photos avant/après. Il pratique également le message avec ses proches. L'essentiel de ses publications sont des storys éphémères de lui à la salle de sport réalisant des exercices de musculation. Il dit ne pas souhaiter se

mettre en avant mais vouloir être une source d'inspiration pour donner aux autres la volonté de changer.

Sébastien fait également du bodychecking qu'il décrit comme excessif. Il ne sait pas le quantifier et dit en faire dès qu'il voit un miroir. Dans les lieux publics il souhaite rester discret et donc regarde quasi exclusivement ses bras alors que chez lui il peut s'agir de tout ou partie de son corps. La satisfaction de son corps lors du bodychecking varie selon le temps passé depuis la dernière séance de sport "j'adore en rentrant de la salle mais dans les autres cas je me dis parfois que je ne ressemble à rien. Mon oeil est biaisé, je banalise, je fais de la dysmorphophobie".

D'une manière générale, il dit apprécier ses bras, ses pectoraux et ses jambes. En revanche, il est complexé par ses hanches où il pense avoir un surplus de masse grasse. Il ne se met donc jamais torse nu, sauf à la plage. Cependant, il dit moins voir ce complexe depuis que sa musculature s'est développée.

Son style vestimentaire a évolué depuis qu'il pratique la musculation. Il met des vêtements moulants au niveau des bras pour faire ressortir sa musculature.

Sébastien dit aujourd'hui ne pas souffrir de son mode de vie en dehors de quelques moments où il se dévalorise. En revanche, il en a souffert les premières années où il a commencé la musculation. Notamment sur le plan alimentaire avec la rigueur de son régime et en cas d'écart à celui-ci. Il présentait alors des comportements de compensation sportifs ou alimentaires "je me punissais" et ressentait une grande culpabilité. Aujourd'hui, en cas de "cheat meal" il dit ne pas ressentir de culpabilité malgré une préoccupation alimentaire. Il décale alors son régime et fera un repas plaisir de moins le weekend.

Son mode de vie n'a pas de conséquences sociales importantes à ses yeux. Elles varient cependant selon la phase de cycle. En bulking, il peut faire plus facilement des écarts comme se rendre au restaurant un jour de semaine ou manger des chips et boire de l'alcool lors d'une soirée. En cutting, il n'ira pas au restaurant en semaine, il se rendra en soirée mais ne mangera pas de chips et limitera ses consommations d'alcool. Il dit faire passer son bien-être avant tout, tant que ça n'impacte pas les autres.

Concernant sa vie de couple, son alimentation n'est pas gênante, sa compagne travaillant de nuit, ils mangent rarement ensemble et s'ils le font, chacun a son repas. D'une manière similaire, le sport n'est pas gênant car il se rend à la salle de sport sur ses temps de pause méridienne ou alors ils vont faire des séances de musculation à la salle ensemble.

Concernant sa vie sexuelle, il dit n'avoir jamais ressenti de honte à se déshabiller.

Au niveau familial, son mode de vie n'entraîne pas de conséquence selon lui, le sport est valorisé. Il dit toutefois que son père trouve que son régime alimentaire est "extrême".

Aujourd'hui, Sébastien souhaite poursuivre son mode de vie tel qu'il est. Il n'y voit pas d'effet négatif, il n'a jamais pensé à une prise en charge et personne ne lui a proposé. Au contraire, il dit que son mode de vie lui a permis de faire disparaître ses pensées négatives, qu'il est devenu optimiste et qu'il a confiance en lui. Selon lui, le meilleur est à venir.

VII. Symptomatologie

A. Drive for

Ce paragraphe est issu d'une revue de la littérature de 2021 de Cuadrado et ses collaborateurs sur les "drive for" dans la dysmorphie musculaire. (26)

Les "drive for" peuvent être traduits par "course à". Ils sont utilisés par la communauté scientifique pour exprimer les motivations intrinsèques des individus concernant leurs objectifs esthétiques.

L'existence de plusieurs drive for s'exprimant de manière différente et plus ou moins importante a pour conséquence une manifestation singulière des symptômes de la dysmorphie musculaire chez chaque individu.

Le "drive for muscularity" et le "drive for size" sont les deux principaux drive for sur lesquels se construit la dysmorphie musculaire.

Le "drive for muscularity" ou "course à la muscularité" est associée à la mise en place de comportements et attitudes visant à prendre de la masse musculaire, l'individu ayant la perception de ne pas être assez musclé. Il est lié aux pratiques problématiques de l'activité physique, aux symptômes alimentaires et compléments alimentaires, au body checking et à la rigidité des symptômes. Il résulterait de l'internalisation des normes sociales et médiatiques ainsi que de moqueries sur le physique par l'entourage.

L'individu se construit une identité sportive partagée par ses pairs et se manifestant par des prises de risque, un contrôle de ses émotions et une primauté du travail et de l'effort.

Le "drive for size" ou "course à la taille" est associé à l'objectif d'augmentation du volume musculaire. Il est lié aux TCA, à la quantité et au type de pratique sportive. Il est également en lien avec une alexithymie, une faible estime de soi, un perfectionnisme sur soi et sur les autres et un attachement inséculaire de type évitant.

Le "drive for bulk" ou "course à la masse" exprime le désir d'augmenter sa masse musculaire de manière rapide et spectaculaire. Il est associé à une plus faible estime de soi et à la consommation de stéroïdes anabolisants.

Le "drive for thinness" ou "course à la maigreur" est en lien étroit avec les TCA. Il est lié à une plus grande anxiété corporelle et à la consommation de produits à risques comme les APEDs légaux et illégaux ou certains médicaments à visée de contrôle pondéral (diurétiques, laxatifs).

Le "drive for leanness" ou "course à la minceur" est le besoin d'avoir un corps mince et tonique avec un faible taux de masse grasse et une définition athlétique de la musculature. Il est proposé comme une combinaison du "drive for muscularity" et du "drive for thinness". Il est lié à la haute fréquence des entraînements et à l'utilisation de compléments nutritionnels.

Le “drive for power” ou “course à la puissance” est le besoin de contrôle et de puissance que manifeste un individu sur autrui. L'individu développerait une puissance et un volume musculaire important pour se protéger du monde extérieur. Il est lié à la consommation de stéroïdes anabolisants.

Le “drive for tone” ou “course aux muscles toniques” définit le besoin d'avoir un muscle tonique et un faible taux de masse grasse. Il est lié à l'insatisfaction corporelle du torse, de la tonicité musculaire et du poids.

B. Exercice physique

Dans la dysmorphie musculaire, la pratique de la musculation a pour but la prise de masse musculaire. L'image corporelle y joue un rôle central. Les objectifs poursuivis sont inatteignables et les pratiquants sont obsédés par cela. (1)

Les programmes d'entraînement sont ritualisés, fixés par avance et rigides afin d'obtenir une optimisation maximale de la prise de volume musculaire.

Classiquement, dans le bodybuilding, les sujets ont un ou des jours de la semaine dédiés à un groupe musculaire qu'ils travaillent durant 1h à 1h30. Ils réalisent 4 séries de 7 à 12 répétitions par exercice. Les temps de récupération chronométrés sont de 1 min à 1 min 30 entre chaque série.

Tout comme les programmes, les performances sont également suivies et peuvent être notées dans des carnets ou applications. (1)

Les individus peuvent présenter une sensation de récompense, voire d'euphorie quand ils s'engagent dans ce comportement, surtout en cas d'utilisation de stéroïdes. (32)

Au contraire, ils peuvent présenter une irritabilité importante s'ils ne peuvent réaliser la séance qu'ils souhaitaient dans les temps prévus comme lorsque la salle de sport est bondée, limitant ainsi l'accès aux machines. (1,32)

Ils peuvent également avoir l'impression d'avoir perdu leur temps s'ils n'ont pas amené leur corps à ses limites durant l'entraînement. (1)

Certaines activités sportives à haute dépense énergétique dites de "cardio" comme la course à pied peuvent être diabolisées voire prohibées car associées à une perte de muscle. (32) Au contraire, elles peuvent aussi être intégrées à part entière et de manière millimétrée dans le programme d'entraînement du sujet. Elles sont alors, le plus souvent, pratiquées une fois par semaine dans un but de dépense calorique et donc de baisse du taux de masse grasse corporelle afin de mieux dessiner la musculature.

C. Symptômes alimentaires

L'alimentation tient une place importante dans la symptomatologie de la dysmorphie musculaire. Elle est optimisée pour permettre au sujet une prise de masse musculaire maximale et une prise de masse grasse minimale.

Les patients pèsent leurs aliments, comptent les calories et calculent les quantités de macro et micro nutriments qu'ils jugent nécessaires à leurs objectifs. Pour respecter cela, il est fréquent que leurs repas soient préparés en avance, par exemple le weekend pour les autres jours de la semaine. (17) Un écart à ce régime millimétré provoque des sentiments de culpabilité et de honte. (1) Cette rigidité

entrave la vie sociale du sujet qui peut, lors d'événements sociaux, ne pas s'y rendre ou manger avant ou après ceux-ci ou ramener sa propre nourriture. (17)

L'alimentation peut également être variable selon la période de cycle d'entraînement du sujet. On distingue notamment deux grandes périodes qui chacune durent plusieurs mois : (1,17)

- le "bulking" que l'on pourrait traduire par "prise de masse" est une période où le sujet suit un régime hypercalorique et hyperprotéiné afin d'avoir une prise de masse musculaire rapide et importante. L'augmentation de la masse grasse y est secondaire et est connue par le sujet.
- le "cutting" que l'on pourrait traduire par "sèche" est généralement la période qui suit le bulking. Elle a pour objectifs de conserver la masse musculaire acquise durant la période de bulking mais perdre la masse grasse. Pour cela, le sujet suit un régime hypocalorique et hyperprotéiné.

A mesure que l'exercice physique augmente, les symptômes alimentaires augmentent. (33)

D. Image corporelle

L'image corporelle est centrale dans la dysmorphie musculaire. Elle préoccupe le sujet et envahit ses pensées. Ses comportements sont également modifiés avec des actions de vérification de l'image corporelle.

Le "body checking" est une pratique qui consiste à regarder toute une partie de sa musculature dans un miroir. Ce comportement est répété à plusieurs reprises au cours de la journée et peut prendre un temps considérable. Il se produirait en

moyenne 13 fois par jour chez un individu souffrant de dysmorphie musculaire. (17)

Cette pratique a une répercussion négative sur l'image corporelle surtout et en général quand elle se focalise sur des zones du corps jugées comme non attrayantes ou quand elle est comparée à des personnes perçues comme plus musclées. Au cours de la même journée, la perception de l'image corporelle peut varier ce qui renforce les troubles. En effet, la musculature du sujet peut être plus ou moins mise en valeur selon les miroirs et éclairages utilisés ou la temporalité pré/per/post séance de sport modifiant ainsi la congestion du muscle et donc le volume musculaire. Les individus semblent plus insatisfaits de leur corps un jour de repos par rapport à un jour d'entraînement. (20)

Le "muscle pics" ou photographies musculaires est une pratique fréquente. Elle se décline en trois types : (5)

- le "follow up" qui consiste à se prendre en photographie pour avoir un suivi personnel des changements corporels au fil du temps. Classiquement, deux photographies séparées de plusieurs mois ou années sont juxtaposées sur une même image avec la mention "avant/après" pour souligner les différences corporelles obtenues depuis le début du changement de mode de vie.
- le "message" qui consiste à envoyer des photographies de sa musculature à des pairs. Il peut s'agir de tout ou partie de la musculature. Le sujet cherche une valorisation auprès de ses pairs.
- le "selfie" qui consiste à publier sur les réseaux sociaux sa propre musculature.

Le muscle pics peut également être réalisé sous le format de courtes vidéos.

La comparaison est également un symptôme fréquent. Les individus comparent leur corps à celui d'autrui, que ce soit dans la rue, les salles de sport ou les réseaux sociaux. La comparaison est souvent ascendante, c'est-à-dire avec des gens jugés plus musclés. Cela renforce leur perception négative de leur propre image corporelle. (17)

Il arrive également qu'elle se fasse avec des personnages fictifs, des héros de dessins animés, des combattants, dont le physique hyper musclé est hors norme. Parmi eux, les plus célèbres sont Son Goku et Baki Hanma. On retrouve notamment un équivalent de muscle pics sous la forme de courtes vidéos où le sujet reproduit une scène réalisée par ces héros.

Le style vestimentaire des personnes souffrant de dysmorphie musculaire se trouve modifié. Historiquement, on dit qu'elles portent des vêtements amples et larges par honte de leur corps ou avec plusieurs couches de vêtements pour paraître plus imposantes. (17) Ces caractéristiques rentrent même dans les définitions proposées par Pope et Oliviarda.

Aujourd'hui, on trouve des personnes souffrant de ce trouble qui à l'inverse portent des vêtements serrés et moulants pour faire ressortir leur musculature.

Une dysmorphophobie peut également être présente. Le plus souvent, les individus savent qu'ils sont plus musclés que la population générale mais sous-estiment leur propre musculature. (1) Ceci peut en partie expliquer la modification du style vestimentaire vers des vêtements serrés et moulant leurs muscles.

La dysmorphophobie peut intéresser tout ou partie du corps. Les zones les plus susceptibles d'être touchées sont le torse qui ne serait pas assez dessiné en V, des

abdominaux pas assez visibles et les membres inférieurs avec des cuisses et des mollets jugés trop fins.

Dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle par procuration les sujets sont préoccupés par les défauts qu'ils perçoivent dans l'apparence d'une autre personne.

(6)

E. Distorsions cognitives

La vie intrapsychique des personnes souffrant de dysmorphie musculaire est largement occupée par des idées obsessionnelles et envahissantes. Elles peuvent notamment concerner :

- l'activité physique : planification de la séance de sport, visualisation des exercices, organisation de sa journée pour pouvoir réaliser sa séance ...
- l'alimentation : comptage des calories et nutriments, quantité de suppléments à prendre ...
- l'image corporelle : zones corporelles entraînant de la souffrance, stratégies permettant de les modifier, recherches, médias ...

Ces idées peuvent prendre un temps considérable et représenter jusqu'à 5h30 de la journée d'un individu. (17)

Les individus peuvent présenter une perte de contrôle sur leur entraînement ou leur alimentation. Elle serait décrite par 50% des patients. (17)

En cas d'écart à ce mode de vie, le sujet présente souvent des comportements de compensation et ses pensées sont tournées vers ce qui peut maintenir son apparence. (17,32) Par exemple, il peut modifier son alimentation en sautant un repas, il peut augmenter sa quantité journalière de protéines ou la durée de sa séance de sport.

La conscience des troubles est variable. Elle est souvent faible car le sujet a l'impression que son mode de vie est sain. Jusqu'à un tiers des sujets présentent des idées délirantes, c'est-à-dire la conviction que la vision qu'ils ont de leur propre apparence est normale et non déformée. (6)

Dans d'autres cas, l'individu peut avoir l'impression que toutes les choses positives qui lui arrivent sont dues à son physique. (7)

La pratique du bodybuilding ou de la musculation n'est pas synonyme de dysmorphie musculaire. L'individu doit présenter une souffrance psychique significative ou une altération de la vie quotidienne. (27)

F. Supplémentation et dopage

Les APEDS (appearance and performance-enhancing drugs and supplements) sont une classe de substances utilisées pour améliorer la croissance musculaire, les performances athlétiques ou l'apparence physique. (34)

Ils sont aujourd'hui largement utilisés par les pratiquants de musculation et les personnes souffrant de dysmorphie musculaire. On distingue classiquement les APEDS légaux des illégaux.

L'utilisation d'APEDS liés à la musculature serait plus fréquente chez les hommes que chez les femmes qui utiliseraient plutôt des produits amincissants et brûleurs de graisse. (34) Il semblerait que, chez les hommes, les minorités sexuelles soient jusqu'à 5 fois plus à risque de consommer ces produits et que cette consommation soit liée aux symptômes de TCA et de dysmorphie musculaire. (34) Il n'a pas été retrouvé de différence significative chez les femmes. (34)

L'individu dépense une grande partie de ses revenus dans l'achat de ces produits ce qui peut l'empêcher de réaliser des loisirs ou même le mettre en difficultés financières. (1)

“Leur utilisation est rationalisée par les individus. Ils la banalisent en comparaison à d'autres produits comme la cigarette et se disent éduqués et mieux connaître les produits que leur médecin pour ainsi ne pas suivre ses recommandations.” (1)

1) APEDS légaux

a) Les protéines

Les protéines sont associées aux muscles et à leur formation. Elles sont la source de compléments alimentaires la plus connue et la plus utilisée parmi les pratiquants de musculation.

La principale source de protéine ajoutée est la whey ou la whey isolate, elles se différencient l'une de l'autre par leur teneur en lactose et en graisse et leur facilité de digestion. Elles sont obtenues à partir du lactosérum du lait et se présentent sous forme de poudre à diluer avec de l'eau ou du lait. (35)

Une étude réalisée chez des hommes pratiquant la musculation a montré qu'ils avaient un apport journalier en protéines supérieur à 1,5 g/kg chez ceux ne souffrant pas de dysmorphie musculaire et supérieur à 2 g/kg chez ceux souffrant de cette pathologie. (36)

Selon l'ANSES (37), la référence nutritionnelle en protéines des adultes en bonne santé est de 0,83 g/kg/j. Les protéines doivent représenter 10 à 20% de l'apport énergétique total quotidien. Même si elle reconnaît qu'il est difficile d'établir une limite supérieure de sécurité pour l'apport protéique, elle considère que des apports en protéines de 0,83 à 2,2 g/kg/j soit 10 à 27% de l'apport énergétique peuvent être considérés comme satisfaisants pour un adulte de moins de 60 ans.

b) Les BCAA

Les BCAA sont des acides aminés à chaînes ramifiées. Ils sont dits essentiels car sont non produits par le corps et doivent donc être apportés par l'alimentation. Il s'agit de la leucine, de l'isoleucine et de la valine. Les acides aminés sont les précurseurs des protéines et sont principalement utilisés par les sportifs pour augmenter leur énergie, la récupération et la croissance musculaire. Ils se présentent sous forme de gélules ou de poudre à diluer dans un liquide. (35)

c) Les ergogènes

Les ergogènes sont des compléments alimentaires qui ont pour but d'augmenter l'énergie et les performances sportives. On retrouve dans cette classe de compléments la créatine et les pré-workout. (35)

La créatine se trouve sous forme de poudre ou gélules. Après absorption, elle sera à terme, transformée en ATP (adénosine tri-phosphate) qui est le substrat énergétique de nos cellules.

En musculation les pré-workout se trouvent sous différentes formes : poudre, gélules, comprimés, ampoules. Ils sont généralement pris 30 min avant l'effort et permettent d'augmenter sa capacité à l'effort. Ils contiennent différents éléments permettant d'améliorer l'entraînement physique comme la caféine, des acides aminés, des vitamines, des minéraux ou des glucides. Chacun de ces éléments peut également être pris de manière indépendante.

d) Les vitamines et minéraux

En musculation, les vitamines et minéraux sont utilisés pour maintenir un niveau de performance optimal, améliorer l'énergie, la conduction nerveuse, l'immunité ou encore l'ostéosynthèse. Les individus les consommant s'intéressent précisément à un élément qui permettrait par exemple pour la vitamine D d'augmenter la production de testostérone ou pour les folates la synthèse de globules rouges. (35)

Ils sont vendus sous forme de gélules ou sachets multivitaminés.

e) Les oméga-3

Les oméga-3 sont utilisés par les pratiquants de musculation pour leurs effets anti-inflammatoires et sur les systèmes nerveux et cardiovasculaire. (35)

Ils se présentent sous forme de gélules.

f) Les gainers

Les gainers sont des compléments alimentaires permettant d'augmenter l'apport calorique journalier pour favoriser la prise de poids sans multiplier les repas au cours de la journée. Ils contiennent des protéines, des glucides, des lipides et parfois des vitamines et minéraux. Ils se présentent sous forme de poudre. (35)

g) Le collagène

Le collagène est une protéine présente naturellement dans les tissus humains pour leur donner résistance et élasticité. Il est utilisé en musculation pour favoriser la régénérescence des structures ostéo-articulaires comme les cartilages, les tendons et les ligaments.

Il se consomme sous forme de gélules. (38)

2) APEDS illégaux

Les individus qui les utilisent se sentent coupables et voient cela comme de la triche. Ils connaissent les effets négatifs sur leur santé à long terme mais souhaitent se sentir bien immédiatement. (1) Le fait de consommer des APEDs légaux augmente le risque d'en consommer des illégaux. (5)

a) Stéroïdes anabolisants androgènes

Les AAS (anabolic-androgenic steroids) sont la testostérone et ses dérivés synthétiques. La testostérone est l'hormone sexuelle masculine. Elle est utilisée de

manière illégale chez les pratiquants de musculation pour développer la puissance, le volume et la récupération musculaire ainsi que pour augmenter l'énergie et la motivation. Elle est apportée de manière exogène, le plus souvent par injection intramusculaire d'une solution huileuse conservée dans des flacons. (39)

Les individus l'utilisant réalisent des cycles de testostérone. Un cycle dure en général entre 8 et 15 semaines avec 1 à 2 injections par semaine pour une posologie hebdomadaire de 250 à 1000 mg. (40)

La prévalence vie entière d'utilisation de ces produits est estimée à 6,4% pour les hommes et 1,6% pour les femmes. Elle serait plus élevée chez les athlètes notamment ceux qui s'entraînent depuis plusieurs années. (41,42)

Les bodybuilders sont plus à risque d'utiliser ces produits et plus particulièrement les compétiteurs. Toutefois 78,4% des utilisateurs s'entraîneraient de manière récréative et utiliseraient ces produits uniquement à visée esthétique. (20,43)

Présenter une dysmorphie musculaire rendrait plus susceptibles les individus d'utiliser des AAS. (44) En effet, il a été estimé à 45% le nombre d'individus qui souffriraient d'une dysmorphie musculaire et qui auraient utilisé des AAS au cours de l'histoire de leur trouble. (43) Les individus les utilisant présenteraient des symptômes plus sévères de dysmorphie musculaire. (44)

b) Autres substances

D'autres substances peuvent être utilisées par les individus à des fins esthétiques ou de performances sportives. La GH, l'IGF-1 et l'insuline font partie de ces produits.

Dans une étude 12% des haltérophiles déclarent un usage présent ou passé de GH ou IGF-1. (45)

La GH est injectée par voie sous-cutanée. Chez un adulte déficitaire en hormone, on administre en général une dose de 0,2 à 1 mg/j. Les bodybuilders la consommant utilisent en général une dose de 3 à 8 mg/j à hauteur de 3 à 4 fois par semaine pendant des cycles de 4 à 6 semaines. (46)

L'IGF-1 serait moins utilisée que la GH du fait de sa moindre accessibilité et de sa préparation plus complexe. Elle serait en moyenne consommée chez les bodybuilders durant des cycles de 9 semaines mais il existerait peu de données fiables quant à la dose utilisée. (46)

Il y a également peu de données concernant l'utilisation d'insuline mais certaines études retrouvent une consommation chez 10 à 25% des bodybuilders interrogés. Ces chiffres élevés seraient dus à sa facilité de procuration. Elle serait administrée en sous-cutanée ou en intramusculaire entre 2 et 15 UI/dose dans le but de stimuler la croissance musculaire et de favoriser la récupération. (46) En effet, elle serait utilisée pour augmenter la sensation de faim, la synthèse de glycogène et limiter la protéolyse. La principale crainte des utilisateurs est d'également augmenter le stockage de masse grasse.

G. Conséquences sociales

La dysmorphie musculaire est une pathologie pouvant altérer grandement la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Elle peut conduire à un isolement socio-professionnel progressif et important.

Les individus peuvent se trouver en difficulté dans leur relations interpersonnelles à cause d'une faible estime de soi. (27)

Sur le plan personnel, les individus peuvent décliner des invitations, une sortie, un restaurant pour se rendre à la salle de sport ou pour ne pas modifier leur alimentation. (17) De la même manière les relations amoureuses peuvent être compliquées voire impossibles à cause de la ritualisation des comportements. De plus, les relations sexuelles peuvent être perturbées à cause de la peur des sujets de montrer leur corps. (1)

Ils peuvent également entrer en conflit avec leur entourage car leur temps comme leur argent sont tournés vers les comportements pathologiques. (32)

Sur le plan professionnel, des offres d'emplois ou des promotions peuvent être refusées si elles empêchent la poursuite des comportements. (32)

Pour certains individus, l'idéal serait de pouvoir vivre de leur mode de vie et de pouvoir passer plus de temps à la salle de sport. Ils souhaitent, par exemple, devenir coach sportif, avoir des amis pratiquant la musculation et un conjoint qu'ils auraient rencontré à la salle de sport. (1)

A l'extrême, certains cas ont été décrits où les individus ne pouvaient plus sortir de chez eux. (17)

H. Traits associés

Certains traits de personnalité seraient positivement associés à la dysmorphie musculaire. Il s'agit de traits anxieux, dépressifs, perfectionnistes, d'introversion et de névrosisme. (19,20,27) Cependant, il n'y aurait pas de lien entre le narcissisme et la dysmorphie musculaire. (20)

Le sujet et ses pairs peuvent développer une identité sportive répondant à leur vision de masculinité et virilité. Elle peut se manifester par des prises de risque, un contrôle des émotions, une valorisation de l'effort et du travail. (26)

VIII. Comorbidités

A. Comorbidités psychiatriques et addictologiques

Les sujets souffrant de dysmorphie musculaire sont plus susceptibles de présenter d'autres pathologies comorbides.

Ils sont plus vulnérables aux troubles anxieux, notamment le trouble panique, les TOC, le trouble anxieux généralisé, les troubles phobiques et l'anxiété sociale. (17,19). Ils sont également plus susceptibles de souffrir de dépression, d'idées suicidaires ou de réaliser des tentatives de suicide. (27) D'après une revue de la littérature la corrélation serait positive et modérée pour l'anxiété et la dépression. (47)

Les comportements symptomatiques pathologiques sont à risque de créer des addictions secondaires. On retrouve notamment un risque accru d'addiction au sport, aux APEDs illégaux mais aussi aux drogues récréatives. (19,26)

Il a été proposé que la dépendance primaire au sport se manifeste par une motivation intrinsèque à la pratique sportive sur laquelle s'ajoute une volonté de régulation du taux de masse musculaire. La dépendance secondaire se manifeste par une motivation extrinsèque à la pratique sportive dont le premier objectif est la régulation du taux de masse musculaire. (27)

Les TCA font toujours polémique au sein de la communauté scientifique. Certains les évoquent comme une comorbidité qui se développerait secondairement dans

l'histoire de la maladie. D'autres les évoquent comme un facteur de risque ou font rentrer la maladie dans la classification des TCA.

B. Comorbidités somatiques

Nous retrouvons au premier plan les conséquences d'un excès d'entraînement sportif. Il peut se manifester par diverses affections mécaniques ostéo-tendineuses comme des douleurs musculaires, des tendinites, des lésions ostéo-articulaires ou même par le syndrome de surentraînement. (27)

La prise de compléments alimentaires légaux ou illégaux peut avoir de nombreuses conséquences sur l'organisme selon le terrain, le produit utilisé, la dose et la durée.

L'utilisation de testostérone augmente les risques de cardiomyopathie, de cancer de la prostate, d'apoptose cellulaire, de trouble de l'humeur, de dépendance au produit.

(27,44) Le risque de dépression et de suicide serait majoré à la fin d'un cycle. (1) Le sujet présente aussi une majoration de l'agressivité ce qui peut avoir des conséquences sociales. (5)

L'utilisation de GH augmente les risques de cardiomyopathie, diabète, neuropathies périphériques, acromégalie, hypopituitarisme, de dysfonction érectile, de cancer thyroïdien. (46)

L'utilisation d'IGF-1 peut produire les mêmes effets que l'utilisation de GH car elles font partie de la même cascade hormonale. (46)

Les effets indésirables les plus fréquents de l'utilisation d'insuline sont les érythèmes et les lipohypertrophies mais son mésusage peut conduire à des hypoglycémies sévères pouvant causer un coma voire le décès du sujet. (46)

En cas d'injection de produits dopants et de partage de seringue, il existe un risque d'infection virale notamment aux virus des hépatites ou au VIH ou encore d'infection due à une seringue souillée. (39)

IX. Troisième illustration clinique : Ralph

Ralph est un jeune homme de 27 ans que j'ai rencontré sur mon terrain d'observation et dont l'entretien a été réalisé le 24/10/2023. Il est professeur d'économie et gestion à la faculté et au lycée. Il vit sur Lille avec son conjoint avec lequel il est en couple depuis 7 ans.

Ralph a été victime de harcèlement scolaire depuis l'école primaire où il subissait des moqueries et taquineries au sujet de son surpoids. Lors de son entrée en 6e, il décrit une accentuation du harcèlement scolaire qui est devenu systémique et dont il souffre. En 4e, alors âgé de 13 ans, il commence la course à pied à visée de perte pondérale puis y associe un régime alimentaire restrictif. Durant cette année-là, il recevra de nombreux compliments quant à sa transformation corporelle et vivra dans l'euphorie. Il sera suivi par un pédopsychiatre d'obédience psychanalytique qui le recevra de manière hebdomadaire en consultation. Il souligne le fait qu'il aurait dû bénéficier d'une hospitalisation en unité adaptée devant la sévérité des troubles qu'il a présenté mais que ses parents le refusaient pour raison scolaire. En effet, il avait perdu 20kg en un an pour un poids initial de 65 kg.

Aujourd'hui, il dit ne pas avoir retrouvé de bénéfice à cette prise en charge ambulatoire seule à laquelle il n'était pas sensible et aurait souhaité des soins davantage tournés vers une prise en charge familiale. Ralph nous informe également de la présence de TCA chez sa mère.

Avec l'évolution de la maladie alimentaire, Ralph nous dit se fixer des limites de poids à ne pas dépasser ce qui renforcera ses comportements alimentaires restrictifs. Cela aura pour conséquences le développement de crises de boulimies

sans conduite de purge. Il décrit cette phase comme “la pire période de sa vie” du fait des sentiments de honte et de culpabilité qui en résultent.

Au lycée, Ralph atteint son poids le plus bas qui était de 35 kg et qui fut le facteur de transition vers le développement de comportements axés sur la musculature. Il peut dire “En voyant l’extrême, je me suis dit qu’il fallait que j’arrête tout ça mais que la seule façon pour prendre du poids sainement c’était par la prise de muscle”. Ainsi, vers l’âge de 16-17 ans, il commence à faire de la musculation chez lui et modifie son régime alimentaire. Dès qu’il aura 18 ans, il s’inscrira dans une salle de sport. Il décrit un changement de comportement progressif sur plusieurs mois à années en se renseignant sur Internet et en suivant les conseils de personnes plus musclées qu’il rencontrait à la salle de sport.

Aujourd’hui, les comportements de Ralph ne sont plus les mêmes. Ils sont tournés vers le maintien ou la progression de sa musculature actuelle et le maintien ou la perte de masse grasse.

Sur le plan alimentaire, Ralph dit avoir des séquelles de son passé anorexique avec notamment la persistance d’interdits alimentaires. Pour atteindre ses objectifs actuels, il a par le passé entrepris un suivi avec une diététicienne du sport et réalisé plusieurs cycles de bulking et cutting. Il a fait sa première prise de masse à l’âge de 20 ans puis entrepris la phase de sèche à l’âge de 21 ans. Il évoque ensuite une stagnation jusqu’à ses 24 ans du fait de ses études. De ses 24 à 26 ans, il reprend un cycle de prise de masse passant alors de 68 à 88 kg. Il disait alors ne pas

s'apprécier car il se trouvait trop gros “je préfère être trop maigre et perdre du muscle que trop gros et prendre de la graisse car j’associe la graisse à la honte”.

Le jour de notre échange, il ne réalise pas de cycle et n’est plus suivi par une diététicienne. Ses repas sont planifiés en avance et pesés. Il connaît leur nombre de calories et leur teneur en macronutriments. Il s’accorde le droit à un écart par semaine. Si un événement social majore ce nombre d’écarts qu’il s’autorise, il peut le refuser ou il s’adapte en décalant son repas. Il dit que “ça reste depuis l’anorexie” et que ses comportements alimentaires “ne sont pas un problème pour moi mais pour les autres” car ont un impact pour son entourage qui s’adapte à lui.

Sur le plan de l’exercice physique, Ralph fait de la musculation en salle 5 fois par semaine. Ses séances sont programmées par avance de la manière suivante, un groupe musculaire est travaillé par séance, une séance est composée de plusieurs exercices qui sont eux mêmes réalisés dans un ordre précis. Il n’a jamais ressenti le besoin d’être suivi par un coach sportif. Il ne réalise pas d’exercice de type cardio car il perdrait du poids, son régime alimentaire étant calculé de manière précise pour ses dépenses actuelles. De plus, il dit réaliser plus de 10 000 pas par jour et donc ne pas en avoir besoin.

Il se rend à la salle de sport le matin pour éviter les horaires d’affluence dans celle-ci et ainsi pouvoir réaliser ses exercices dans l’ordre souhaité sinon il peut ressentir de la frustration et une tension interne. Cependant, il dit ne pas prêter d’importance au regard des autres à la salle de sport.

Il déclare le plus souvent prendre du plaisir à aller s’entraîner à la salle de sport mais qu’une à deux fois par semaine il s’agit plus d’une obligation que d’un plaisir.

Il peut me dire qu'en cas de weekend de quelques jours avec son conjoint, il décale ses séances de sport à un autre jour de la semaine pour ne pas en manquer une. Il me dit également être parti deux semaines en vacances l'été dernier avec celui-ci et avoir auparavant fait de nombreuses recherches pour savoir si cette pause sportive allait avoir des conséquences sur son physique. Il a toutefois emporté des haltères dans sa voiture et pris des logements lui permettant de cuisiner ses propres repas. Il souligne aussi spontanément le fait que son logement sur Lille est volontairement situé à une grande proximité de la salle de sport.

Sur le plan de l'image corporelle, l'acceptation de son corps varie selon les périodes. Le jour de notre échange, il dit se sentir bien de manière générale et donc dans son corps, même s'il se verrait bien être plus musclé. Son corps idéal pour lui serait taillé en V alors que lui se considère en H. Il dit ainsi que les parties de son corps qui le complexent le plus sont ses épaules, ses bras et ses dorsaux. Alors que le corps idéal chez l'autre n'est pas lié à la maigreur, il préfère les personnes dont le physique ressemble à celui des phases de bulking "je n'aime pas la maigreur chez l'autre car ça me renvoie à mon passé alors que pour moi je préfère être sec et musclé car c'est plus valorisé par la société". Il ajoute ne pas apprécier le corps des culturistes et être complexé par sa propre taille d'1m70, séquelle de son passé anorexique.

Il réalise régulièrement des comparaisons ascendantes face à des personnes plus musclées que lui et se rassure en se disant qu'elles prennent des APEDS illégaux pour avoir ces résultats. Même s'il a conscience d'être plus musclé que la plupart des gens, il pense se considérer plus maigre qu'il ne l'est réellement et ne se définit pas comme quelqu'un de musclé mais "d'en forme".

Il fait régulièrement du bodychecking du haut de son corps, essentiellement en rentrant de la salle de sport, moment où il s'apprécie car ses muscles sont congestionnés. Il évite le bodychecking les jours où il ne s'entraîne pas car il n'aime pas son reflet dans ces moments-là.

Cependant il ne fait pas de muscle pics et ne va pas sur les réseaux sociaux car ils majorent les comparaisons et ses affects négatifs.

Sur le plan vestimentaire, il dit aimer depuis toujours porter des vêtements cintrés car ils accentuent soit la maigreur soit la musculature. Il dit également ne pas réussir à rentrer ses chemises dans son pantalon car cela marque la taille et a peur que les autres ne le trouvent trop gros.

Sur le plan cognitif, il présente un envahissement idéatoire majeur "c'est toujours présent". En cas d'écart alimentaire ou sportif, il ne présente plus de comportements compensatoires mais des pensées d'autodévalorisation et préfère s'isoler ou aller dormir.

Il est conscient d'avoir de fausses croyances concernant ses comportements mais il ne réussit pas à lutter contre.

Il dit avoir toujours été dans le contrôle et que ses comportements se sont rigidifiés avec le temps. Par exemple, par le passé, il lui arrivait de faire plus d'un écart par semaine, ce qui est impossible pour lui aujourd'hui.

Il se pèse occasionnellement sur une balance simple pour avoir un suivi général de son poids mais il ne se pèse plus sur une balance à impédancemétrie car il serait alors focalisé sur certaines valeurs très précises.

Sur le plan des compléments alimentaires, il prend quotidiennement différents APEDS légaux. Il s'agit de 70g de line gainer isolate une fois par jour, 6 gélules de BCAA 8:1:1 après l'entraînement et un booster avant l'entraînement. Il les intègre à son quotidien, les emporte en vacances et ne les oublie jamais. En cas d'exceptionnel oubli, il dit ressentir de la culpabilité. Il dépense 150 euros par mois pour ces compléments "pour moi ce sont des dépenses obligatoires comme l'eau ou l'électricité".

Il n'a jamais pris d'APEDS illégaux mais quand il était plus jeune, il dit s'être fortement renseigné à leur sujet, sur leurs bénéfices et leurs effets secondaires. Il ajoute que s'il existait des formes orales il en aurait probablement consommé lorsqu'il était plus jeune mais qu'il était impossible pour lui de s'injecter. Aujourd'hui, il ne souhaite plus en consommer.

Sur le plan des conséquences sociales, il dit présenter des limitations dans ses activités. Il donne comme exemple l'impossibilité de se rendre dans une piscine municipale car il devrait montrer son corps à autrui et a peur de ne pas être assez bien, c'est-à-dire "trop gras et pas assez musclé". En revanche, il dit ne pas présenter cette crainte avec ses proches.

Au niveau professionnel, il adapte son emploi du temps en fonction de ses horaires d'entraînement à la salle de sport.

D'une manière générale, il se décrit comme une personne accordant trop d'importance à ce que les autres pensent de lui, de son physique, de ses paroles ou de son attitude et que cela joue un rôle central dans les comportements décrits.

Ralph dit avoir découvert tardivement sa sexualité et ajoute que le fait d'être homosexuel a probablement renforcé ses troubles. Il a apprécié être dragué et complimenté sur son physique dans cette communauté qu'il décrit comme plus exigeante que la population générale. Il explique être catégorisé, de par sa musculature, comme hunk (bel homme, attirant sexuellement).

Actuellement, il dit essentiellement souffrir de son manque de sociabilité et souhaiterait améliorer ses relations interpersonnelles. Il ajoute que, d'une manière similaire à l'anorexie, il a peur de changer ses comportements. Pour lui, les conséquences de ses comportements sont soutenables du fait de la sur-adaptation de son entourage.

Il explique enfin avoir à plusieurs reprises envisagé d'être suivi par un psychiatre et que son conjoint l'encourage dans cette démarche mais qu'il ne parvient pas à franchir le cap.

X. Echelles d'évaluation

Au cours des dernières décennies, les études concernant la dysmorphie musculaire et l'insatisfaction corporelle chez les hommes se sont multipliées. Cependant, les controverses concernant la définition et l'appartenance nosographique de la dysmorphie musculaire ont conduit à des outils de mesure variables.

C'est pourquoi les paragraphes suivants s'appuient sur une revue de la littérature réalisée en 2022 par Cuadrado et ses collaborateurs sur les outils d'évaluation de la dysmorphie musculaire. (27)

A. Evaluations par mesure de la masse estimée

L'IMC ou indice de masse corporelle est largement utilisé dans le domaine médical. Sa formule est la suivante : $IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$. Il est peu pertinent pour évaluer la dysmorphie musculaire. En effet, de nombreux bodybuilders seraient considérés comme en surpoids malgré un taux de masse grasse faible.

Le FMI ou fat mass index permet de calculer le taux de masse grasse corporelle. Il se calcule de la manière suivante : $FMI = \% \text{masse grasse} \times \text{poids} / \text{taille}^2$.

Le FFMI ou fat free mass index peut être traduit par indice de masse sans le gras. Il permet d'évaluer la musculature d'un individu. Sa formule est : $FFMI = (\text{poids} - \text{pourcentage de masse grasse} \times \text{poids}) / \text{taille}^2$.

Le FFMI moyen serait de $18\text{kg}/\text{m}^2$ chez les femmes et $20\text{kg}/\text{m}^2$ chez les hommes. Plus le FFMI serait élevé plus l'insatisfaction sur la musculature serait grande.

Au-delà de 25 chez les hommes et 21 chez les femmes, il serait lié à une musculature supraphysiologique et donc à l'utilisation de stéroïdes anabolisants.

B. Evaluations par une échelle de Likert

De nombreuses échelles ont vu le jour sous ce format et permettent d'évaluer tout ou partie des symptômes de dysmorphie musculaire. Certaines s'intéressent aux drive for, d'autres à l'insatisfaction corporelle ou encore aux répercussions sociales. Dans cette thèse, nous nous intéresserons à 2 de ces échelles car elles permettent un inventaire plus élargi des symptômes.

La MDDI ou Muscle Dysmorphic Disorder Inventory est traduite par inventaire du trouble de dysmorphie musculaire. Elle regroupe sous 13 items, allant de 1 (fortement en désaccord) à 5 (fortement en accord), 3 dimensions de la dysmorphie musculaire :

- 5 sont consacrés à la recherche d'augmentation du gabarit musculaire : drive for size
- 4 sont consacrés à l'intolérance à l'apparence : appearance intolerance
- 4 sont consacrés à l'altération du fonctionnement : fonctionnal impairment

Le score seuil retenu est supérieur ou égal à 39/65. La version originale anglaise est validée scientifiquement, il n'existe toutefois pas de version française à ce jour.

Une étude a retrouvé une relation positive, à la fois sur les muscles et à la fois sur la graisse, entre la MDDI et la EAT-40 (Eating Attitude Test -40) chez les bodybuilders. Elle suggère que la psychopathologie des TCA est positivement liée à l'insatisfaction corporelle et aux troubles dysmorphiques chez les bodybuilders. (31)

La MDI ou Muscle Dysmorphia Inventory est traduite par inventaire de la dysmorphie musculaire. Elle regroupe sous 27 items, allant de 1 (fortement en désaccord) à 6 (tout à fait d'accord), 6 dimensions de la dysmorphie musculaire :

- 5 sont consacrés à la symétrie de la taille : size symmetry
- 4 sont consacrés à la dépendance à l'exercice physique : exercise dependence
- 4 sont consacrés à l'usage de suppléments alimentaires : supplement use
- 3 sont consacrés à l'usage de produits pharmacologiques : pharmacological use
- 5 sont consacrés aux comportements alimentaires : dietary behavior
- 6 sont consacrés aux protections physiques : physique protection

Il n'existe pas de seuil de positivité établi ni de version française.

C. Evaluations par une matrice morphologique

La BIG-O ou Bodybuilder Image Grid Original ou grille d'image de bodybuilders originale se compose de 30 silhouettes classées verticalement par leur taux de masse musculaire et horizontalement par leur taux de masse grasse.

La BIG-S ou Bodybuilder Image Grid Scaled ou grille nuancée d'images de bodybuilders reprend les images de la BIG-O en étant numérotées.

A partir de ces échelles, des questions peuvent être posées aux individus sur la forme qui correspond le mieux, selon eux, à leur corps actuel ou au corps idéal.

XI. Prise en charge

A. Repérage

La première étape de la prise en charge consiste à dépister les individus souffrant de dysmorphie musculaire. En effet, peu d'entre eux ont conscience du trouble et consultent pour ce motif. Le repérage des formes légères et modérées peut s'avérer complexe. Les individus peuvent ne présenter qu'une partie des symptômes précédents et n'avoir que peu de retentissement sur leur vie quotidienne. (7)

Même une fois dépistés, commencer une prise en charge s'avère difficile car les individus se sentent et sont perçus, du moins à court terme, comme en bonne santé. Contrairement à certaines formes de TCA comme l'anorexie mentale, le sujet ne pourra recevoir des soins sans son consentement. (7) En effet les deux conditions à ceux-ci ne sont pas réunies, à savoir, un état mental qui nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante ou régulière et le fait que les troubles mentaux rendent impossible le consentement.

La prise en charge se voit également complexifiée par le fait que les individus ont généralement réalisé de nombreuses recherches scientifiques ou pseudo-scientifiques sur le fonctionnement du corps humain, le fonctionnement des muscles, la nutrition, les compléments alimentaires ... Ils ont ainsi l'impression de mieux connaître le sujet que leur médecin et ne suivront donc pas forcément ses recommandations.

Il faut donc intervenir au bon moment. (7)

B. Principes de prise en charge

Par les symptômes mêmes de la maladie ou par ses comorbidités, la dysmorphie musculaire touche de nombreux domaines de la santé mentale et somatique. La prise en charge doit donc être multidisciplinaire (27) et inclure :

- le psychiatre pour le suivi de la pathologie, la réalisation des psychothérapies voire l'introduction de thérapeutiques médicamenteuses,
- l'addictologue pour la prise en charge de la maladie, des addictions secondaires ou comorbides,
- le médecin généraliste pour le suivi somatique,
- la médecine du sport,
- certains spécialistes médicaux comme l'endocrinologue en cas de comorbidités le nécessitant,
- le psychologue pour la réalisation des psychothérapies,
- une équipe paramédicale comprenant notamment infirmiers et professeur d'activité physique adaptée,
- des associations de patients,
- les proches.

Il convient dans un premier temps de réaliser un bilan somatique clinique et biologique afin d'écartier un diagnostic différentiel qui peut être neurologique, biologique, pharmacologique ou toxicologique et de dépister les potentielles conséquences physiques des comportements adoptés. (27)

C. Aspects psychothérapeutiques et pharmacologiques de la prise en charge

La psychothérapie constitue le traitement de première ligne de la dysmorphie musculaire. Le traitement de deuxième ligne peut être un traitement pharmacologique de type ISRS. (5)

Les aspects de la prise en charge psychothérapeutique sont multiples : (5)

- favoriser l'adhésion aux soins et l'alliance thérapeutique,
- corriger les distorsions cognitives et les attitudes dysfonctionnelles,
- améliorer les relations interpersonnelles, familiales et sociales,
- renforcer le "moi" (estime, image et affirmation de soi),
- traiter les éventuelles comorbidités psychiatriques,
- proposer une psychoéducation,
- réduire les risques.

Les psychothérapies envisageables sont :

- les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), elles ont fait preuve de leur efficacité, (32)
- les psychothérapies de soutien,
- les entretiens motivationnels,
- les thérapies familiales ou systémiques,
- les approches à médiations corporelles, notamment l'activité physique adaptée. (5)

Selon le contexte et le moment de l'intervention, la prise en charge peut être individuelle ou en groupe, avec ou sans professionnel de la santé mentale comme les entraîneurs sportifs. (7)

En cas d'échec ou de réponse insuffisante à une psychothérapie bien menée ou en cas de forme sévère ou avec comorbidités psychiatriques importantes, un traitement pharmacologique par antidépresseur ISRS peut être prescrit en seconde ligne et en accompagnement d'une psychothérapie. Certains patients auraient répondu favorablement à un traitement par Fluoxétine (Prozac®). (7)

Comme dans de nombreuses autres pathologies, des rechutes sont possibles. (32)

D. Prise en charge médico-légale en cas de dopage

En cas de prise de substances dopantes, le médecin est tenu à des obligations de prise en charge telles que définies selon le Code du Sport. (48)

Selon l'[Article L232-3](#) du Code du Sport, le médecin qui est amené à déceler des signes évoquant une pratique de dopage :

1° Est tenu de refuser la délivrance d'un des certificats médicaux définis aux [articles L. 231-2, L. 231-2-1 et L. 231-2-2](#) ;

2° Informe son patient des risques qu'il court et lui propose soit de le diriger vers l'une des antennes médicales mentionnées à [l'article L. 232-1](#), soit en liaison avec celle-ci et en fonction des nécessités, de lui prescrire des examens, un traitement ou un suivi médical ;

3° Transmet obligatoirement au médecin responsable de l'antenne médicale mentionnée à l'article L. 232-1 les constatations qu'il a faites et informe son patient de cette obligation de transmission. Cette transmission est couverte par le secret médical.

Selon l'Article L232-4 du Code du Sport :

La méconnaissance par le médecin de l'obligation de transmission prévue à [l'article L. 232-3](#) ou des prohibitions mentionnées à [l'article L. 232-10](#) est passible de sanctions disciplinaires devant les instances compétentes de l'ordre des médecins.

XII. Quatrième illustration clinique : Anna

Anna est une jeune patiente de 16 ans qui était, selon son état de santé, successivement hospitalisée à temps complet ou en unité de jour dans le service de TCA dans lequel j'ai effectué un semestre d'interne de psychiatrie. Anna présentait un TCA de type boulimie.

J'ai essentiellement retenu qu'elle avait des relations conflictuelles avec sa famille, notamment son père, et qu'elle pratiquait la gymnastique en club de manière importante.

Si je vous parle d'Anna c'est parce que je l'ai aperçue à la salle de sport. Je m'étais classiquement attendu à ce qu'elle fasse du sport de type cardio comme le tapis de course qui est à haute dépense énergétique et donc calorique. A ma grande surprise, Anna a fait une séance de musculation plus conventionnelle et qui permet d'optimiser la prise de masse et de volume musculaire. Ses exercices s'axaient sur le bas du corps.

L'idéal de beauté féminin associé à la minceur et aux TCA chez les femmes est-il toujours adapté ? Anna n'aurait probablement pas fait cette séance-ci si elle souhaitait un corps mince comme on peut se le représenter dans l'anorexie mentale. Existe-t-il une bascule progressive, chez certaines femmes, d'un idéal de beauté associé à la minceur à un idéal de beauté associé à la musculature ? Cette bascule est-elle plus fréquente dans certains TCA comme la boulimie ? Et dans cette optique là, comment adapter au mieux la prise en charge des patientes ?

Je me rappelle avoir participé à l'encadrement d'un atelier thérapeutique où Anna était présente. Durant l'atelier, étaient disposées plusieurs images de mannequins issues de magazines de mode, la plupart étaient très minces. Il fallait choisir une des images et expliquer son choix. Puis une élaboration collective et guidée par l'intervenant se faisait autour du choix et des causes de celui-ci. Même si le contenu de l'élaboration était pertinent, aurait-il été plus pertinent d'ajouter des images de corps issus de magazines fitness ?

XIII. Contexte sociétal

Les pathologies relevant du domaine de la santé mentale sont intimement liées à la société et à l'époque dans lesquelles elles se développent. Par exemple, nous avons tous pu constater l'impact qu'a eu la pandémie de COVID-19 sur les troubles psychiques. C'est pourquoi, il apparaît nécessaire de contextualiser la dysmorphie musculaire.

A. La dysmorphie musculaire au temps du néolibéralisme du bien-être

“Le sport tel qu'on le connaît aujourd'hui est né en Angleterre au XIXe siècle. Il se développera progressivement en Europe puis dans le monde entier durant le XXe siècle. Pendant cette période, il se codifiera en règles et se structurera en clubs et fédérations qui s'affronteront lors de compétitions. Apparaîtront alors des spectacles payants, des paris sportifs et le début de la professionnalisation des athlètes.” (49)

Depuis la fin du XXe siècle nous avons pu constater l'explosion du libéralisme et du néolibéralisme qui s'appuient sur des chiffres et la croissance économique. Ces idéologies s'appliquent aussi à nos pratiques sportives qui sont alors pratiquées dans un but de rendement et de compétitivité. L'objectif de performance est central. Les moyens utilisés pour rendre l'entraînement optimal sont également de plus en plus importants. Les outils connectés mesurant les performances et les variables corporelles sont de plus en plus utilisés et s'appuient sur de multiples études ou pseudo-études scientifiques valorisant le rendement de telle ou telle pratique. (49)

Depuis quelques années, il semble s'opérer un changement de paradigme avec la transition d'une société du travail vers une société du bien-être. Les individus privilégient alors leur qualité de vie à leur travail, préférant parfois avoir du temps libre qu'un meilleur salaire et des responsabilités, sources de stress.

C'est dans ce contexte que la dysmorphie musculaire peut se développer. Le sport et le corps permettent alors de concilier le rendement capitaliste et le bien-être. Le corps est alors le capital dans une activité bien-être qu'est le sport.

B. Théorie de l'objectification

La théorie de l'objectification a été développée par Fredrickson et Roberts. Elle part du postulat que les femmes sont amenées à être perçues et réduites par autrui à un corps ou à une partie de ce corps. La théorie de l'auto-objectification suggère que les femmes s'auto-objectifient en internalisant le point de vue d'un observateur externe.

Ces théories peuvent être transposées aux hommes. Des études ont montré que plus l'auto-objectification est élevée chez les hommes, plus ils jugent leur corps de manière négative et pratiquent le sport dans un but esthétique. (17)

Jusqu'aux années 1970, contrairement aux femmes, il n'y avait pas d'idéal de beauté masculin irréaliste. On observe depuis, une augmentation de l'insatisfaction corporelle chez les hommes comme chez les femmes. "En 1997, une enquête de

Psychologie Today retrouvait une insatisfaction corporelle de 43% chez les hommes alors qu'elle n'était que de 15% dans une enquête similaire de 1973." (17)

Durant la même période, Pope et Olivardia ont montré que les figurines pour enfants G.I Joe et Star Wars ont évolué pour atteindre des physiques que même les bodybuilders de haut niveau ne peuvent avoir. (50) De la même manière, le modèle de couverture du magazine Playgirl a aussi évolué depuis les années 70 et présente aujourd'hui 12 kg de masse musculaire en plus et 5 kg de masse grasse en moins. (51)

Ils ont également réalisé une étude chez des adolescents de sexe masculin. (52) Ils leur ont présenté différents physiques sur un ordinateur et leur ont posé trois questions : A quoi aimerais-tu que ton corps ressemble ? A ton avis, à quoi devrait ressembler un corps masculin idéal ? Selon toi, comment les autres perçoivent-ils ton corps ? Aux deux premières questions, les adolescents ont sélectionné des images plus massives qu'eux d'environ 15 kg tandis qu'à la troisième ils ont sélectionné un corps plus mince qu'ils ne le sont. Certains adolescents ont même demandé s'ils pouvaient choisir des images plus musclées que celles disponibles.

L'idéal de beauté masculin semble ainsi être toujours plus musclé. Cependant nous pouvons nous demander si c'est uniquement la beauté qui est recherchée. En effet, les muscles sont associés à la beauté mais aussi à la fonctionnalité du corps, qui est associée au genre masculin par le pouvoir et la performance. Ainsi la dysmorphie musculaire peut être interprétée comme la résolution pathologique d'une masculinité menacée. (17)

C. Rôle des réseaux sociaux

Par analogie aux TCA, nous pouvons supposer que l'origine de la dysmorphie musculaire est multifactorielle et que les facteurs socioculturels jouent un rôle important. Parmi ceux-ci nous retrouvons les médias et notamment les réseaux sociaux. (19,27) Comme pour les sites pro-ana dans l'anorexie mentale, il existe des sites pro-muscularité qui entraînent le développement ou le renforcement des comportements. (5)

Dans un sondage réalisé en France en 2023 chez les 16-25 ans, 90% des sondés utilisent Instagram, 80% utilisent Snapchat et 63% utilisent Tik Tok. Parmi eux, 45% des jeunes passent entre 3 et 5h par jour sur les réseaux sociaux. (53)

Ces réseaux sociaux permettent de partager de manière pérenne ou éphémère des photos ou courtes vidéos qu'il est possible d'aimer ou commenter. L'utilisateur peut suivre (abonnement) ou être suivi (follow) par des internautes afin de visualiser leur contenu. Il est également possible, grâce au hashtag, de rassembler l'ensemble des contenus qui s'associent à ce hashtag.

Sur Instagram, 47% des photographies qui sont postées sont des selfies. Ils seraient plus susceptibles de recevoir des mentions "j'aime" et des commentaires que les autres photographies. (54)

La fréquence d'utilisation des réseaux sociaux chez les adolescents et jeunes adultes s'associerait à des préoccupations concernant l'alimentation, l'apparence et l'image du corps. Suivre des comptes fitness sur Instagram serait lié à des répercussions négatives sur l'image du corps. (54)

Sur Instagram on retrouve de nombreux comptes centrés sur le monde de la musculation. Il peut s'agir de profils d'influenceurs comme d'amateurs. On y retrouve de nombreux champs de la symptomatologie de la dysmorphie musculaire.

On y voit des photos et vidéos de leurs entraînements où ils mettent en avant leurs performances, donnent des conseils techniques où défient les autres d'en faire autant. Le plus souvent, ils réalisent ces vidéos torse nu, mettant en avant leur musculature. La comparaison se fait alors à la fois sur l'exercice physique et sur la musculature.

On retrouve également des contenus concernant l'alimentation, avec par exemple des vidéos "what I eat in a day" montrant ce que mange la personne durant sa journée. Il s'agit souvent d'aliments présentés de manière soignée et considérés comme sains. Les compléments alimentaires sont également largement représentés et banalisés. Certains influenceurs offrent des codes promotionnels pour les acheter tandis que d'autres proposent des recettes pour les fabriquer soi-même.

On y retrouve aussi la symptomatologie du muscle pics. En effet, de nombreuses publications montrent l'évolution de la musculature des individus. Celle-ci est même commercialisée et sert de publicité à certains coachs qui mettent en avant les progrès des personnes ayant suivi leur programme nutritionnel et d'entraînement afin de mieux le vendre.

XIV. Classification

A. Classification actuelle dans les ouvrages scientifiques

1) Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)

C'est en 2013 que la dysmorphie musculaire fait son apparition dans le DSM-5 dans la catégorie troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés et la sous-catégorie obsession d'une dysmorphie corporelle (6).

Obsession d'une dysmorphie corporelle

Critères diagnostiques

300.7 (F45.22)

- A. Préoccupation concernant une ou plusieurs imperfections ou défauts perçus dans son apparence physique qui ne sont pas apparents ou qui semblent mineurs pour autrui.
- B. À un moment de l'évolution du trouble, l'individu a eu des comportements répétitifs (p. ex. vérification dans le miroir, toilettage excessif, excoriation de la peau, recherche de rassurement) ou des actes mentaux (p. ex. comparaison de son apparence avec celle d'autrui) en réponse à des préoccupations concernant son apparence physique.
- C. La préoccupation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. La préoccupation concernant l'apparence n'est pas mieux expliquée par une insatisfaction concernant le poids ou le tissu adipeux chez un individu dont les symptômes répondent aux critères diagnostiques d'un trouble alimentaire.

Spécifier si :

Avec dysmorphie musculaire : L'individu est préoccupé par l'idée d'être de constitution physique trop petite ou pas assez musclée. Cette spécification est utilisée même si la personne est préoccupée par d'autres parties de son corps, ce qui est souvent le cas.

Il faut également spécifier le niveau d'*insight* concernant les croyances relatives à l'obsession d'une dysmorphie corporelle :

- Avec un *insight* bon ou acceptable : l'individu reconnaît que ses croyances relatives à l'obsession d'une dysmorphie corporelle ne sont certainement ou probablement pas exactes, ou qu'elles pourraient être vraies ou non.

- Avec peu d'*insight* : l'individu pense que ses croyances relatives à l'obsession d'une dysmorphie corporelle sont probablement vraies.
- Sans *insight* ou avec croyances délirantes : l'individu est totalement convaincu que ses croyances relatives à l'obsession d'une dysmorphie corporelle sont vraies.

2) Selon la Classification Internationale des Maladies (CIM)

Dans la CIM-10 (55), la dysmorphie musculaire est classée comme un trouble dysmorphophobique dans la section F45.2 avec les troubles hypocondriaques.

Dans la CIM-11(56), elle est classée comme un trouble de la perception du corps dans la section 6B21 de la catégorie des troubles obsessionnels compulsifs. (voir Annexe D)

B. Réflexion nosographique dans la littérature scientifique

Encore aujourd'hui, la dysmorphie musculaire fait l'objet de débats au sein de la communauté scientifique quant à sa classification nosographique. En effet, dans une revue de la littérature de 2016 (18), il a été retrouvé que la dysmorphie musculaire était considérée dans 26% des cas comme un sous-type de dysmorphie corporelle, 24% comme un TCA, 9% comme un TOC et 41% considéraient qu'il n'y avait pas suffisamment d'arguments pour conclure.

1) La dysmorphie musculaire comme trouble du comportement alimentaire

A l'origine la dysmorphie musculaire a été nommée reverse anorexia ou anorexie inversée devant la parenté des symptômes avec les TCA. Dans l'anorexie mentale et la dysmorphie musculaire, la maigreur est valorisée et l'adiposité diabolisée (1). Dans les deux cas, cela entraîne des obsessions et comportements inappropriés qui sont l'exercice physique et les régimes alimentaires.

L'inconfort corporel ressenti par les personnes atteintes de dysmorphie musculaire est semblable à celui de l'anorexie mentale (19). Celles atteintes de dysmorphie musculaire se voient moins musclées qu'elles ne le sont alors que celles atteintes d'anorexie mentale se voient plus grosses qu'elles ne le sont. Cela fait également référence aux anciens noms de la dysmorphie musculaire qui sont bigorexie et reverse anorexia.

Lors de sa découverte par Pope, il a été retrouvé de nombreux antécédents de TCA chez les personnes atteintes de dysmorphie musculaire (3). Il a été décrit chez un adolescent la transition d'un régime axé sur la maigreur vers un régime axé sur la musculature (19).

Les deux pathologies portent une attention excessive sur la nourriture, le sport, l'insatisfaction corporelle et ont une rigueur identique sur l'objectif d'image corporelle (32).

En revanche, dans la dysmorphie musculaire l'exercice physique est le symptôme principal contrairement à l'anorexie mentale où le régime est au premier plan (1,32). Les personnes atteintes de dysmorphie musculaire préfèrent prendre du muscle que perdre de la graisse (1).

2) La dysmorphie musculaire comme addiction à l'image corporelle

Devant les divergences de classification de la dysmorphie musculaire, Foster et ses collaborateurs (32) proposèrent de la classer comme une addiction à l'image corporelle. Ils expliquent que les symptômes et comportements présents dans la maladie sont la conséquence du maintien de l'image corporelle souhaitée. Ils s'appuient sur les six composants des addictions selon Griffiths pour proposer le modèle ABI (Addiction to Body Image) :

- La saillance : Elle est caractérisée par la présence de distorsions cognitives entraînant les comportements pathologiques. Le sujet est capable de réaliser d'autres tâches que l'activité physique si elles sont tournées vers le trouble (ex : courses en magasin). Il peut également refuser des opportunités si elles empêchent la poursuite de ces comportements (ex : promotion au travail).

La saillance inverse : Si l'individu ne peut poursuivre ces comportements, ses pensées sont tournées vers ce qui peut maintenir son image corporelle. Par exemple, des hypoglycémies peuvent être présentes du fait des restrictions alimentaires.

- Modifications de l'humeur : Le sujet présente un sentiment de récompense et de baisse de tension quand il s'engage dans les comportements. Ils sont en partie liés aux endorphines et peuvent aller jusqu'à l'euphorie, surtout si le sujet prend des stéroïdes anabolisants. Le sujet peut également présenter une dépendance secondaire aux régimes alimentaires.
- Tolérance : Elle concerne l'entraînement mais également les autres comportements pathologiques comme les régimes alimentaires et conduire à la consommation de stéroïdes anabolisants ou médicaments coupe-faim.

- Le retrait : L'individu présente des effets physiques ou psychiques négatifs s'il ne peut s'engager dans le comportement. On peut notamment retrouver des modifications d'humeur, une irritabilité, de l'anxiété, des nausées et crampes d'estomac.
- Les conflits : L'individu entre en conflit avec ses proches ou son milieu professionnel car sa vie et ses ressources (temps, argent ...) sont dirigées vers son image corporelle. Parfois le sujet peut mettre en avant les effets bénéfiques de son mode de vie qu'il juge sain sans voir les effets négatifs à moyen et long termes.
- Les rechutes : En cas de rechutes, il est possible que le sujet se réengage directement de manière intense dans ces comportements.

XV. Discussion

A. Les forces et limites de notre revue narrative de la littérature

Notre étude est une revue narrative de la littérature. Par définition, elle est non systématique et soumise à un biais d'interprétation qui la rend subjective. De plus, elle est peu reproductible et soumise à un biais de sélection de par la modalité de sélection des articles retenus dont le nombre reste faible. Une partie des études sélectionnées sont des études rétrospectives ou des cas cliniques et donc de bas niveau de preuve selon la HAS.

Par ailleurs, certaines données ne sont pas issues d'articles scientifiques mais de sites gouvernementaux ou d'instituts de sondage et donc tout lien entre leurs informations et la dysmorphie musculaire ne peut qu'être au mieux supposé et est à prendre avec précaution.

D'autres informations, notamment sur les compléments alimentaires, sont issues de sites commerciaux reconnus dans le milieu sportif. Bien qu'ils permettent de mieux comprendre la vision et l'influence subie par le sujet se rendant sur ceux-ci, ils n'ont aucune valeur scientifique.

Il existe peu de sources et de recommandations sur la prise en charge de la dysmorphie musculaire. Ainsi, dans notre étude, nous proposons une prise en charge inspirée du référentiel de psychiatrie et d'addictologie du Collège National des Universitaires de Psychiatrie (CNUP), de l'Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique (AESP) et du Collège Universitaire National des

Enseignants d'Addictologie (CUNEA) pour l'anorexie mentale devant la parenté des deux troubles. (57)

Toutefois, tous ces arguments montrent qu'il existe aujourd'hui peu d'études réalisées sur la dysmorphie musculaire. La majorité des articles retrouvés dans la littérature scientifique traitent de sa place nosographique et non de sa description clinique et de sa prise en charge. Il n'existe pas non plus de recommandation scientifique claire venant des autorités de santé. Nous avons donc choisi de réaliser une revue narrative de la littérature associée à des observations personnelles pour proposer une organisation, une synthèse et une identification des limites du trouble. Ce travail exploratoire avait pour vocations de mieux cerner ce trouble, d'en proposer une description selon l'état des connaissances actuelles et d'ouvrir le champ de la réflexion pour aider à l'élaboration de nouveaux projets de recherches.

B. Les forces et limites des illustrations cliniques

Les descriptions cliniques issues de sujets patients et non patients ont pour but d'illustrer cliniquement les notions théoriques proposées dans cet écrit. Elles permettent au lecteur non initié au milieu sportif d'avoir une représentation pratique des symptômes de dysmorphie musculaire.

Un des objectifs était également de pouvoir retracer l'histoire du trouble chez les individus non patients pour mieux comprendre l'évolution de cette pathologie et améliorer son suivi. Il semble ainsi important de suivre au long cours les sujets dont la représentation de leur image corporelle serait source de souffrance. Dans ce contexte, il apparaît pertinent de dépister les symptômes de dysmorphie musculaire

chez des patients présentant un TCA et qui semblent s'améliorer et ne plus nécessiter de soins spécialisés pour ceux-ci.

Les illustrations cliniques de patients rencontrés à l'hôpital sont biaisées par ma mémoire et mon interprétation. Les illustrations cliniques issues de mon terrain d'observation avec des sujets non patients sont limitées par leur mémoire et notre subjectivité. Les entretiens ont duré 1h00 et 1h30. Même si ce n'était pas le but de l'étude, il paraît important de souligner que le nombre d'illustrations cliniques est faible et empêche toute analyse statistique. Il s'agit d'illustrations préliminaires à des études plus rigoureuses.

L'ensemble de cet écrit a pour origine des observations personnelles que j'ai pu faire sur différents terrains, qu'ils soient professionnels ou personnels. Ainsi, ce texte m'a permis en tant qu'étudiant en médecine d'affûter mon sens clinique et de lier la théorie à la pratique.

C. Les limites des données portant sur la dysmorphie musculaire

“ Encore aujourd'hui, aucune harmonisation n'a vu le jour quant à un outil de dépistage, quant au diagnostic ou encore à la prise en charge de la maladie. (27)

On retrouve notamment un décalage entre les critères et définitions utilisés en clinique, en recherche et dans le DSM-5. (27)

On peut ainsi souligner l'hétérogénéité des échelles d'évaluation de la dysmorphie musculaire. Selon les échelles, elles sont uni ou multidimensionnelles et ne

possèdent pas toutes de cut-off. De plus, elles sont évaluées à partir de et pour une population masculine. (27) “

“ Il est important de souligner le manque de diversité culturelle dans les recherches sur la dysmorphie musculaire. Les premières définitions de la pathologie sont issues d'études Nord-Américaines avec Pope et ses collaborateurs. Aujourd'hui encore, la plupart des études sont américaines ou européennes. Ainsi il serait intéressant de mettre en lien l'expression de la pathologie et la culture. Par exemple, selon Pope, il semblerait qu'il n'y ait pas de dysmorphie musculaire au Japon ou en Corée du Sud mais il existerait d'autres dysmorphies corporelles comme le “taijin kyōfushō” qui est une affection psychiatrique dans laquelle le sujet a la crainte voire la conviction de présenter une gêne pour autrui. Le “shubo-kyofu” est un type de taijin kyōfushō dans lequel le sujet craint d'avoir un corps difforme. (27) “ Toutefois, ces données sont évolutives et à analyser selon l'époque. En effet, le culte de la musculature semble prendre une place de plus en plus importante dans les sociétés asiatiques. On retrouve aujourd'hui des documentaires et séries grands publics comme “100% physique” qui se déroule en Corée du Sud et dont l'objectif est de trouver le physique idéal.

“ Il est également important de souligner le manque d'études longitudinales portant sur la dysmorphie musculaire ce qui empêche d'avoir une vision temporelle et évolutive du champ descriptif de la maladie. (27) “

XVI. Conclusion

La dysmorphie musculaire est une pathologie fréquente, peu connue des médecins et victime de stigmatisation dans la population générale. Aujourd'hui, peu de sujets ont recours aux soins d'autant plus qu'il existe peu d'offres de soins adaptés à cette pathologie. Notre étude vise à mieux décrire cette pathologie pour en améliorer les connaissances et ouvrir des pistes de réflexion amenant à de nouvelles études.

“Pris indépendamment chaque comportement n'est pas forcément pathologique, la consommation d'une boisson protéinée ne pose pas en elle-même un problème de santé. Mais cela change si le fait de ne pas la consommer crée chez le sujet une agitation et des angoisses massives. Ainsi l'ensemble des comportements doivent être évalués dans un continuum allant de sain à néfaste. (17) “

“ La dysmorphie musculaire est-elle vraiment beaucoup plus grave que son exact opposé, l'appétit pour l'inertie et la sédentarité ? (58) “

XVII. Bibliographie

1. Mosley PE. Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* mai 2009;17(3):191-8.
2. Ovide.pdf [Internet]. [cité 23 oct 2023]. Disponible sur: <http://www.lettres.ac-aix-marseille.fr/textoff/Ovide.pdf>
3. Pope HG, Katz DL, Hudson JI. Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Compr Psychiatry.* 1 nov 1993;34(6):406-9.
4. Pope HG, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA. Muscle Dysmorphia: An Underrecognized Form of Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics.* nov 1997;38(6):548-57.
5. Cuadrado J, Reynaud D, Legigan C, O'Brien K, Michel G. “Muscle Pics”, a new body-checking behavior in muscle dysmorphia? *L'Encéphale.* 1 juin 2023;49(3):241-7.
6. Crocq MA, Guelfi JD. *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
7. Leone JE, Sedory EJ, Gray KA. Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders. *J Athl Train.* 2005;40(4):352-9.
8. Fédération Française d'Halhérophilie et Musculation. Définition Musculation [Internet]. [cité 19 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ffhaltero.fr/Musculation/Accueil>
9. Fédération Française de Force. Définition culturisme [Internet]. [cité 19 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.fffforce.fr/fr/nos-disciplines/culturisme-fffforce/presentation-culturisme.html>
10. Fédération Française d'Halhérophilie et Musculation. Définition haltérophilie [Internet]. [cité 19 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ffhaltero.fr/Halterophilie/Accueil>
11. Fédération Française de Force. Définition force athlétique [Internet]. [cité 19 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.fffforce.fr/fr/nos-disciplines/force-athletique-fffforce/presentation-force-athletique-developpe-couche.html>
12. Fédération Nationale de Street Workout et Calisthénics. Définition calisthénie [Internet]. [cité 19 oct 2023]. Disponible sur: <http://fnswc.fr/presentation-street-workout/>
13. Fédération Française de Gymnastique. Définition gymnastique [Internet]. [cité 19 oct 2023]. Disponible sur: https://www.ffgym.fr/La_FFGYM/Les_disciplines
14. INSEE. Description de la pratique sportive des français en 2020 – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 5 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6535289?sommaire=6535307#onglet-2>
15. IPSOS. Ipsos. 2017 [cité 19 oct 2023]. La France adepte du fitness. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/la-france-adepte-du-fitness>
16. IPSOS. Ipsos. 2015 [cité 19 oct 2023]. Sport : quelles sont les nouvelles pratiques des Français ? Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/sport-queelles-sont-les-nouvelles-pratiques-des-francais>
17. Halioua R, Deutschmann M, Vetter S, Jäger M, Seifritz E, Claussen MC. Dysmorphie musculaire. *Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum* [Internet]. 27 févr 2019 [cité 6 juill 2023]; Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2019.08039>
18. dos Santos Filho CA, Tirico PP, Stefano SC, Touyz SW, Claudino AM. Systematic review of the diagnostic category muscle dysmorphia. *Aust N Z J Psychiatry.* 1 avr 2016;50(4):322-33.
19. Duran S, Öz YC. Examination of the association of muscle dysmorphia (bigorexia) and social physique anxiety in the male bodybuilders. *Perspect Psychiatr Care.* oct 2022;58(4):1720-7.
20. Chaba L, Scoffier-Mériaux S, Lentillon-Kaestner V, d'Arripe-Longueville F. Recherche

- de prise de masse musculaire et dysmorphie musculaire chez les bodybuilders : une revue de la littérature anglophone: *Staps*. 12 mars 2018;n° 119(1):65-79.
21. Campagna JDA, Bowsher B. Prevalence of Body Dysmorphic Disorder and Muscle Dysmorphia Among Entry-Level Military Personnel. *Mil Med*. 1 mai 2016;181(5):494-501.
 22. Olivardia R, Pope HG, Hudson JI. Muscle Dysmorphia in Male Weightlifters: A Case-Control Study. *Am J Psychiatry*. août 2000;157(8):1291-6.
 23. Morin J. Examen des manifestations de la dysmorphie musculaire : Intégration de différentes perspectives [Internet]. 2022 [cité 13 juill 2023]. Disponible sur: <https://library-archives.canada.ca/eng/services/services-libraries/theses/Pages/item.aspx?idNumber=1255365803>
 24. Mitchison D, Mond J, Griffiths S, Hay P, Nagata JM, Bussey K, et al. Prevalence of muscle dysmorphia in adolescents: findings from the EveryBODY study. *Psychol Med*. oct 2022;52(14):3142-9.
 25. Gruber AJ, Pope HG. Compulsive weight lifting and anabolic drug abuse among women rape victims. *Compr Psychiatry*. 1 juill 1999;40(4):273-7.
 26. Cuadrado J, Hernandez-Comte A, Narbais-Jaureguy M, Michel G. Les « Drive for » dans la dysmorphie musculaire : critique de la littérature internationale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 févr 2021;179(2):161-72.
 27. Cuadrado J, Meyer É, Chadapeaud L, Cheval Y, Cornet C, Hernandez-Comte A, et al. Comment évaluer la dysmorphie musculaire ? Un état de l'art international. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 juin 2022;180(6):554-65.
 28. Lantz CD, Rhea DJ, Cornelius AE. Muscle dysmorphia in elite-level power lifters and bodybuilders: a test of differences within a conceptual model. *J Strength Cond Res*. nov 2002;16(4):649-55.
 29. Murray SB, Griffiths S, Mitchison D, Mond JM. The Transition From Thinness-Oriented to Muscularity-Oriented Disordered Eating in Adolescent Males: A Clinical Observation. *J Adolesc Health*. 1 mars 2017;60(3):353-5.
 30. Ralph-Nearman C, Filik R. New Body Scales Reveal Body Dissatisfaction, Thin-Ideal, and Muscularity-Ideal in Males. *Am J Mens Health*. juill 2018;12(4):740-50.
 31. Devrim A, Bilgic P, Hongu N. Is There Any Relationship Between Body Image Perception, Eating Disorders, and Muscle Dysmorphic Disorders in Male Bodybuilders? *Am J Mens Health*. sept 2018;12(5):1746-58.
 32. Foster AC, Shorter GW, Griffiths MD. Muscle dysmorphia: could it be classified as an addiction to body image? *J Behav Addict*. mars 2015;4(1):1-5.
 33. Arslan M, Yabancı Ayhan N, Sariyer ET, Çolak H, Çevik E. The Effect of Bigorexia Nervosa on Eating Attitudes and Physical Activity: A Study on University Students. *Int J Clin Pract*. 2022;2022:6325860.
 34. Nagata JM, McGuire FH, Lavender JM, Brown TA, Murray SB, Compton EJ, et al. Appearance and performance-enhancing drugs and supplements (APEDS): Lifetime use and associations with eating disorder and muscle dysmorphia symptoms among cisgender sexual minority people. *Eat Behav*. 1 janv 2022;44:101595.
 35. Le top 5 des compléments alimentaires pour la musculation | Toutelanutrition | Toute la nutrition [Internet]. [cité 1 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.toutelanutrition.com/wikifit/nutrition/complements/le-top-5-des-complements-alimentaires-pour-la-musculation>
 36. Cortés Castell E. VALORACIÓN DE LA DIETA DE USUARIOS DE SALA DE MUSCULACIÓN CON DISMORFIA. *Nutr Hosp*. 1 juill 2015;(1):324-9.
 37. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. 2013 [cité 16 oct 2023]. ANSES - Les protéines. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/les-prot%C3%A9ines>
 38. VERDET L. Top 10 Compléments alimentaires pour la musculation [Internet]. HOME FIT TRAINING. 2023 [cité 22 nov 2023]. Disponible sur: <https://homefittraining.fr/top-complements-alimentaires-pour-la-musculation/>
 39. Les stéroïdes anabolisants [Internet]. [cité 22 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/les-st%C3>

- %a9ro%c3%afdes-anabolisants
40. MegaGear. La Testostérone en Musculation [Internet]. [cité 22 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.mega-gear.net/fr/blog/150-testosterone-musculation>
 41. Pereira E, Moyses SJ, Ignácio SA, Mendes DK, Silva DSDA, Carneiro E, et al. Prevalence and profile of users and non-users of anabolic steroids among resistance training practitioners. *BMC Public Health*. 9 déc 2019;19(1):1650.
 42. Sagoe D, Molde H, Andreassen CS, Torsheim T, Pallesen S. The global epidemiology of anabolic-androgenic steroid use: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Ann Epidemiol*. mai 2014;24(5):383-98.
 43. Basaria S. Use of performance-enhancing (and image-enhancing) drugs: A growing problem in need of a solution. *Mol Cell Endocrinol*. 15 mars 2018;464:1-3.
 44. Scarth M, Westlye LT, Havnes IA, Bjørnebekk A. Investigating anabolic-androgenic steroid dependence and muscle dysmorphia with network analysis among male weightlifters. *BMC Psychiatry*. 16 mai 2023;23(1):1-13.
 45. Brennan BP, Kanayama G, Hudson JI, Pope HG Jr. Human Growth Hormone Abuse in Male Weightlifters. *Am J Addict*. 2011;20(1):9-13.
 46. Anderson LJ, Tamayose JM, Garcia JM. Use of growth hormone, IGF-I, and insulin for anabolic purpose: Pharmacological basis, methods of detection, and adverse effects. *Mol Cell Endocrinol*. 15 mars 2018;464:65-74.
 47. Mitchell L, Murray SB, Cobley S, Hackett D, Gifford J, Capling L, et al. Muscle Dysmorphia Symptomatology and Associated Psychological Features in Bodybuilders and Non-Bodybuilder Resistance Trainers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*. 1 févr 2017;47(2):233-59.
 48. Code du sport. Code du sport : Prévention (Articles L232-1 à L232-4) - Légifrance [Internet]. [cité 17 oct 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006071318/LEGISCTA000006167044?dateVersion=17%2F10%2F2023&nomCode=CMMiNg%3D%3D&page=1&query=medecin&searchField=ALL&tab_selection=code&typeRecherche=date&anchor=LEGIARTI000022105675#LEGIARTI000022105675
 49. Gori R, Brohm JM. Le sport, la psychanalyse, la Cité. *Modèle grec d'excellence versus entreprise néolibérale du spectacle*. *Clin Méditerranéennes*. 2020;101(1):9-24.
 50. Pope HG, Olivardia R. Evolving Ideals of Male Body Image as Seen Through Action Toys. *Int J Eat Disord*. juill 1999;26(1):65-72.
 51. Leit RA, Gray JJ, Pope Jr. HG. The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia? *Int J Eat Disord*. 2002;31(3):334-8.
 52. Pope H, Phillips KA, Olivardia R. *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*. Simon and Schuster; 2000. 314 p.
 53. Reisacher A. BDM. 2023 [cité 13 oct 2023]. Étude : comment la Gen Z utilise les réseaux sociaux en 2023. Disponible sur: <https://www.blogdumoderateur.com/etude-generation-z-reseaux-sociaux-2023/>
 54. Melioli T, Gonzalez N, El Jazouli Y, Valla A, Girard M, Chabrol H, et al. Utilisation d'Instagram, aptitude à critiquer les médias et symptômes de troubles du comportement alimentaire chez les adolescentes : une étude exploratoire. *J Thérapie Comport Cogn*. 1 déc 2018;28(4):196-203.
 55. ICD-10 Version:2008 [Internet]. [cité 10 août 2023]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F45.2>
 56. CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [Internet]. [cité 10 août 2023]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse11/l-m/fr#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f731724655>
 57. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. (L'officiel ECN).

58. Klein É. Que peut un corps ? In: Mesure et démesure. Peut-on vivre sans limites ? [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2015 [cité 20 oct 2023]. p. 81-90. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/mesure-et-demesure-peut-on-vivre-sans-limites--9782130632986-p-81.htm>

XVIII. Annexes

A. Résumé des caractéristiques cliniques

Dans le tableau suivant, nous proposons un résumé des principales caractéristiques de la dysmorphie musculaire.

<u>Principales Caractéristiques Cliniques de la Dysmorphie Musculaire</u>		
Epidémiologie	Prévalence	5,9 à 44%
	Sexe-ratio estimé	2 à 3H/1F
	Caractéristiques	Homme jeune Âge de début : 16-17 ans Âge au diagnostic : 19 ans
	FDR	<ul style="list-style-type: none"> - Minorité sexuelle - Événement de vie traumatique, agressions - Génétique - Pratique d'un sport modifiant la musculature - ATCD : TCA, dysmorphie corporelle
Symptomatologie	Objectif général poursuivi par le sujet	% de masse musculaire le plus élevé % de masse grasse le plus faible
	Exercice Physique	<ul style="list-style-type: none"> - Musculation et sports modifiant la musculature - Pratique programmée et ritualisée - Suivi dans des carnets et applications - Influence les émotions du sujet
	Alimentation	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperprotéinée - Comptage des calories et nutriments - Programmée ou préparée en avance - Cycles de bulking et cutting
	Image corporelle	<ul style="list-style-type: none"> - Body checking - Muscle pics : follow up, message, selfie - Comparaison : souvent ascendante - Modification du style vestimentaire : vêtements amples et larges ou au contraire cintrés et moulants - Dysmorphophobie
	Distorsions cognitives	<ul style="list-style-type: none"> - Envahissement idéatoire - Perte de contrôle - Compensation

		<ul style="list-style-type: none"> - Dénier des troubles fréquent - Souffrance
	APEDs	<p>Légaux : consommation répandue, banalisée et rationalisée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protéines (whey) largement consommée - Autres : BCAA, collagène, vitamines, pre-workout ... <p>Illégaux : consommation honteuse et non déclarée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Testostérone essentiellement - Autres : GH, IGF-1, insuline
	Conséquences sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement socio-professionnel - Relations interpersonnelles et intimes perturbées
	Traits associés	<p>Traits de personnalité : anxieux, dépressif, perfectionniste</p> <p>Création d'une identité sportive</p>
Comorbidités	Psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles anxieux - Dépression, IDS, TS - Addictions : sport, APEDs, drogues récréatives - TCA
	Somatiques	<ul style="list-style-type: none"> - Ostéo-articulaires, dues à l'exercice physique - Liées aux produits utilisés
Prise en charge	Multidisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> - Psychiatre, addictologue, psychologue - Médecin généraliste, médecin du sport, endocrinologue - IDE et professeur d'APA - Entourage
	Psychothérapies	<p>Traitement de 1ère ligne</p> <p>Les TCC ont montré leur efficacité</p>
	ISRS	<p>Traitement éventuel de 2e ligne à associer aux psychothérapies</p> <p>Peu d'études sur le choix de l'antidépresseur, certaines recommandent l'utilisation de Fluoxétine</p>
	En cas de dopage	<p>Obligation médico-légale de déclaration et d'information</p>

B. Guide de l'entretien

1 : Explications des modalités de l'entretien :

- Oral et anonyme
- Possibilité de retrait à tout moment du consentement
- Possibilité de ne pas répondre aux questions posées
- Possibilité de relecture de la vignette clinique après réécriture

2 : Description générale de la personne : âge, profession, ville, statut marital

3 : Histoire de vie et évolution des comportements

- Antécédents médico-chirurgicaux personnels et familiaux
- Rapport au corps et vécu à l'adolescence dont évènements de vie adverses, estime de soi et représentations corporelles

4 : Descriptions des comportements de dysmorphie musculaire :

- Image corporelle : objectifs corporels, body checking, muscle pics, comparaison, style vestimentaire, dysmorphophobie
- Exercice physique : modalités d'entraînement
- Alimentation : planification, teneur en nutriments et calories, cycles
- APEDs : légaux, illégaux
- Influence des réseaux sociaux
- Conséquences sociales : familiales, intimes, professionnelles
- Distorsions cognitives : compensation, envahissement idéatoire, souffrance
- Traits associés : personnalité
- Comorbidités psychiatriques et somatiques

5 : Prise en charge :

- Pensée spontanément ou proposée par un proche
- Souhaitent-ils changer et pourquoi ?

C. Programme alimentaire de Sébastien

Le programme alimentaire suivant est fourni par Sébastien. Il s'agit de l'ensemble de ses apports alimentaires quotidiens qui sont reproduits à l'identique du lundi au vendredi. Il a été établi par son coach sportif pour optimiser la prise de masse musculaire et minimiser la prise de masse grasse.

<u>Apports alimentaires journaliers de Sébastien</u>	
Repas 1	<ul style="list-style-type: none">- 250 g de fromage blanc- 40 g d'avoine- 1 banane
Repas 2	<ul style="list-style-type: none">- 50 g de whey isolate
Repas 3	<ul style="list-style-type: none">- 150 g de pâtes complètes- 150 g de blanc de poulet- 1 cuillère à café d'huile d'olive
Repas 4	<ul style="list-style-type: none">- 1 tranche de pain de mie au blé complet- 2 oeufs complets
Repas 5	<ul style="list-style-type: none">- 150 g de riz basmati- 150 g de blanc de dinde- 1 cuillère à café d'huile d'olive

D. Critères CIM11

6B21 Trouble de la perception du corps

Tous les ascendants vers le haut

- 06 Troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux
- Troubles obsessionnels compulsifs ou apparentés
- 6B21 Trouble de la perception du corps

Masquer les ascendants 

Description

Le trouble de la perception du corps se caractérise par la préoccupation persistante à l'égard d'un ou plusieurs défauts ou imperfections perçus de l'apparence qui sont soit imperceptibles soit à peine visibles par les autres. Les individus ressentent une gêne excessive, souvent avec des idées de référence (c.-à-d. la conviction que les gens remarquent, jugent ou commentent le défaut ou l'imperfection perçue). En réponse à leur préoccupation, les individus se livrent à des comportements répétitifs et excessifs qui incluent un examen répété de l'apparence ou de la sévérité du défaut ou de l'imperfection perçue, des tentatives excessives de camoufler ou de modifier le défaut perçue, ou un évitement manifeste des situations sociales ou des déclencheurs qui augmentent la détresse concernant le défaut ou l'imperfection perçue(e). Les symptômes sont suffisamment sévères pour entraîner une détresse importante ou une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants.

Termes exclus

- Anorexie mentale (6B80)
- Trouble à symptomatologie somatique (6C20)
- Préoccupation concernant l'apparence du corps (QD30-QD3Z)

AUTEUR : Nom : SAILE

Prénom : Nassim

Date de soutenance : 17 juin 2024

Titre de la thèse : Dysmorphie Musculaire, une entité nosographique méconnue ?

Revue narrative de la littérature et illustrations cliniques

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + FST/option : Psychiatrie

Mots-clés : Dysmorphie Musculaire, Addiction, Sport, Alimentation, Dopage, Drive for

Résumé :

Introduction : Depuis plusieurs années, il semble s'opérer une accentuation des pratiques sportives et des modes de vie considérés comme sains. Ces comportements peuvent être source de souffrance et d'altération du fonctionnement quotidien. L'objectif de notre travail est de proposer une description clinique de la dysmorphie musculaire et une réflexion sur ce trouble.

Méthode : Une revue narrative de la littérature scientifique a été effectuée à partir d'articles rédigés en français et en anglais à l'aide des bases de données électroniques Pubmed, Science Direct, Google Scholar et Cairn. Les illustrations cliniques anonymisées sont issues de ma mémoire ou d'entretiens semi-directifs à réponses libres.

Résultats : Selon les études, la prévalence de la dysmorphie musculaire est de 5,9 à 44 %. Il semble exister des facteurs de risque génétiques et environnementaux. Ce trouble s'exprime à travers de nombreux champs cliniques parmi lesquels on trouve l'exercice physique, l'alimentation ou encore l'envahissement idéatoire et le déni du trouble. Les sujets sont plus susceptibles de présenter des comorbidités psychiatriques et addictologiques ou encore des complications somatiques dues aux comportements pathologiques. Il existe peu de recommandations claires quant à la prise en charge du trouble.

Conclusion : La dysmorphie musculaire est un trouble fréquent, peu connu des médecins et victime de stigmatisation dans la population générale pour lequel il n'existe que trop peu d'offres de soins. Cette thèse est donc un travail préliminaire à de nouvelles études.

Composition du Jury :

Président : Professeur Mathilde HORN

Assesseurs : Docteur Valérie DEBAENE

Directeur de thèse : Docteur Marion HENDRICKX