

Roberta Antonini Philippe<sup>1</sup>, Astrid Mehr<sup>2</sup>, Roland Seiler<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Office fédéral du sport, Institut des sciences du sport, Macolin

<sup>2</sup> Psychologue sociale indépendante, Berne

# Menace de désordres alimentaires chez les escaladeurs de haut niveau: Déterminants psychologiques

## Résumé

Dans certaines disciplines sportives, on a récemment constaté une recrudescence des troubles du comportement alimentaire chez les athlètes de haut niveau. L'escalade, en tant que mouvement s'inscrivant dans la verticalité, fait partie de ces disciplines critiques. Pour mieux comprendre la problématique liée aux désordres alimentaires, nous avons cherché à savoir si et comment les escaladeurs à risque se différencient au niveau psychologique des ceux «non problématiques». Les variables suivantes ont été mesurées auprès des escaladeurs de haut niveau (N = 42, taux de réponse = 40%): concept de soi physique et estime globale de soi, perfectionnisme et satisfaction par rapport aux performances. Les résultats montrent que ces sportifs sont très minces, sans se situer en-dessous de la limite inférieure de l'indice de masse corporelle. Mais, vu leur envie de peser encore moins et leur peur intense de prendre du poids, 12 personnes ont été classées dans le groupe dit à risque. Ces sujets se différencient du groupe non problématique par une attitude nettement plus perfectionniste, un concept de soi physique moins avantageux et une image de soi moins positive. Ainsi, même si les résultats sont que préliminaires à cause du nombre limité de sujets, les variables psychologiques semblent être de bons indicateurs permettant d'identifier les sportifs menacés par les désordres alimentaires.

## Mots-clés:

Escalade, désordre alimentaire, estime de soi, perfectionnisme, concept de soi physique.

## Abstract

*Proneness to eating disorders in high level climbers: Psychological determinants*

Recently, an increasing number of athletes with eating disorders has been observed in high level athletes in some sports. Climbing as a movement in vertical direction is one of these critical sports. In order to better understand the problems connected with eating disorders, we investigated whether or not climbers at risk to develop an eating disorder differ in terms of psychological factors from athletes not at risk. In a survey with high level climbers (N = 42, Response rate = 40%) the following concepts have been investigated: Physical self-concept, global self-esteem, perfectionism and satisfaction with performance. Results show that the athletes are very slim, without being below the critical threshold of the BMI. Based on the desire to loose weight and the fear of gaining weight, 12 participants were considered as athletes at risk. They showed higher level of perfectionism, a less favourable physical self-concept and a less positive self-esteem. It is concluded that even if the results are preliminary due to the low number of participants in the study, psychological variables seem to be good indicators to identify athletes prone to eating disorders.

## Key words:

Climbing, eating disorders, self-esteem, perfectionism, physical self-concept

Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie» 52 (2), 66–70, 2004

## Introduction

Les disciplines sportives qui impliquent des mouvements s'inscrivant dans la verticalité, tels que le saut en hauteur, le saut à skis ou l'escalade, s'avèrent être propices à l'écllosion de désordres alimentaires, tout comme la course de fond, les sports esthétiques (gymnastique rythmique, ballet) et ceux axés sur des catégories de poids (judo, aviron) (Rosen, McKeag, Hough et Curly, 1986). Dans ces sports, on a observé plus de cas d'anorexia athletica, forme extrême de l'anorexia nervosa, que dans les autres disciplines sportives (Hausenblas et Carron, 1999; Sundgot-Borgen, 2002). Contrairement à l'anorexia nervosa, l'anorexia athletica n'est pas sous-tendue en priorité par des problèmes psychiques, mais par le fait que la volonté de maigrir est mise au service de la carrière sportive (Matter et Marti, 2001). Les désordres alimentaires sont liés au désir permanent du sujet d'améliorer sa performance ou ses résultats en compétition. En terme de prévalence, les

informations recueillies varient selon les auteurs, mais il est estimé que 8 à 20% de toutes les athlètes sont touchées (Byrne et McLean, 2001).

Cette observation a eu pour effet, ces dernières années, de stimuler les recherches sur les désordres alimentaires dans le sport d'élite et, plus particulièrement, la recherche d'indicateurs permettant d'identifier les sportifs menacés, notamment dans les disciplines dites à risque. Lors de notre étude nous nous sommes intéressés aux déterminants psychologiques ayant une influence sur les désordres alimentaires chez les escaladeurs. Cette activité a été choisie car le rapport force/poids joue un rôle extrêmement important. En effet, qui dit muscle dit puissance, mais aussi poids. Comme, à volume musculaire constant, l'effectivité (coordination intramusculaire et coordination intermusculaire) ne peut être améliorée que jusqu'à un certain point, les escaladeurs sont sans cesse écartelés entre deux exigences: être le plus légers possible pour minimiser le poids à déplacer à la verticale et être suffisamment

musclés pour pouvoir bouger à la vitesse voulue et surmonter la difficulté à affronter.

Chez les escaladeurs actifs dans le domaine de la haute performance, on peut s'attendre, du fait du rapport d'équilibre existant entre la force et le poids, à ce que leur indice de masse corporelle soit inférieur à 25 (les sujets avec une masse corporelle égale ou supérieure à 25 souffrent de surcharge pondérale, plus précisément la saine moyenne se situe entre 18.5 et 25). Mais la limite de l'insuffisance pondérale fixée à 18 vaut pour eux aussi. Un poids plume débouche souvent à court terme sur d'excellents résultats personnels, mais finit par aboutir à des contre-performances. L'importance du poids peut se traduire par une peur permanente de prendre du poids ou par une obsession alimentaire.

Le concept de soi physique est par ailleurs considéré comme un facteur clé dans l'émergence des troubles alimentaires. Par concept de soi physique, on entend l'estimation multidimensionnelle qu'une personne fait de son corps (Deusinger, 1998). Ce concept est fait de convictions et d'impressions portant sur différentes dimensions du corps, telles que son effectivité, son esthétique ou sa santé. Les personnes sujettes à ce genre de désordres ont typiquement une image faussée de leur corps, qui les conduit souvent à surestimer massivement certains aspects de leur physique, tels que le poids ou la ligne.

De plus, alors qu'on dispose, au niveau du sport populaire, de solides bases empiriques pour analyser l'influence de l'activité sportive sur le concept de soi physique (Alfermann, 1998), on en est réduit à faire des suppositions quant aux effets de l'activité sportive sur les personnes qui pratiquent du sport de haute performance. Sachant que le concept de soi physique joue un rôle important dans différentes problématiques que l'on rencontre également dans le sport d'élite, il nous a semblé utile de nous pencher de plus près sur la population des sportifs d'élite.

L'estime de soi se nourrit aussi du concept de soi physique. Ce lien devrait pouvoir être observable, surtout chez les sportifs d'élite pour qui le corps joue un rôle essentiel. Ce concept correspond à la valeur générale, positive ou négative, qu'un individu attribue à sa personne (Rosenberg, 1965). Ce sentiment, très flottant au départ, se stabilise vers l'âge de 20 ans. Les femmes sont, sur ce plan aussi, plus critiques que les hommes; elles ont un sentiment moins positif qu'eux (Hong et Bianca, 1993). Ce sentiment est alimenté par des jugements sur différents aspects du soi, sur différentes facultés et compétences – facultés intellectuelles ou compétences sociales –, mais également par des jugements sur soi dans différents contextes comme l'école, le travail, la famille, etc.

L'estime de soi peut également dépendre du succès momentané et de la satisfaction qui en découle. De la même manière, certaines dimensions du concept de soi physique, telles que l'efficacité, peuvent jouer un rôle plus ou moins positif dans ce contexte.

Le perfectionnisme joue également un rôle important dans l'émergence et l'ancrage des troubles alimentaires. Les personnes sujettes à ce genre de désordres sont souvent hyper-perfectionnistes et, du même coup, hyper-exigeantes envers elles-mêmes (Wilmore, 1995). Ce concept permet également de déterminer les facteurs susceptibles d'influencer le concept de soi physique et l'estime de soi des sportifs. Le perfectionnisme est une forme d'ambition exacerbée qui pousse l'individu à rechercher la perfection et à poursuivre avec plaisir des buts très difficiles (Frost et Henderson, 1991). Les perfectionnistes se fixent des objectifs et des normes qui dépassent de beaucoup les limites du raisonnable, s'empêchant du même coup de les atteindre. A voir la discipline de fer à laquelle ils s'astreignent et l'inclination qu'ils ont à vouloir perfectionner leurs gestes, on serait tenté d'attribuer aux sportifs, en particuliers aux sportifs de haut niveaux, une tendance perfectionniste.

Mais, comme le perfectionnisme pathologique présuppose des objectifs intangibles, on n'a constaté aucun perfectionnisme de ce type chez les sportifs américains particulièrement performants (Burns, 1980; Meyers, Cooke, Cullen et Liles, 1979).

Les perfectionnistes perçoivent leur propre valeur personnelle (estime de soi) exclusivement en termes de performance et de

productivité. Mais vouloir tout faire à la perfection c'est se condamner à l'échec (Burns, 1980). Les perfectionnistes réagissent à leurs insuffisances en se dévalorisant.

La question centrale de cette recherche porte donc sur les facteurs psychologiques liés à la problématique du comportement alimentaire chez les meilleurs escaladeurs et escaladeuses suisses. Quatre d'entre eux ont été pris en considération: la satisfaction quant aux performances, le concept de soi physique, le perfectionnisme et l'estime globale de soi.

## Méthode

### Population

Nous avons enquêté les escaladeurs appartenant à l'élite suisse, au cadre junior et aux cadres jeunesse A et jeunesse B. 42 sur 100 ont complété et renvoyé le questionnaire, dont 18 femmes et 24 hommes. L'appartenance au cadre se ventile comme suit: 9 de l'élite (5 femmes), 4 des juniors (2 femmes), 11 de la jeunesse A (3 filles) et 16 de la jeunesse B (8 filles). Restent deux personnes dont on ne sait pas à quel cadre elles appartiennent.

### Outil de mesure

Un questionnaire a été créé pour l'étude comprenant des questions signalétiques (âge, sexe, formation), des questions sur le niveau de performance et le comportement à l'entraînement, le poids, la taille et l'appréciation globale du corps actuellement et au cours des deux dernières années (Body figure perceptions de Collins, 1991; d'après Lindeman, 1994), des questions sur les habitudes alimentaires et l'importance du poids (soucis de poids), ainsi que sur la satisfaction quant aux performances passées et actuelles. Trois échelles composaient également le questionnaire dans le but d'évaluer le concept de soi physique, le perfectionnisme et l'estime de soi.

*Concept de soi physique.* Pour mesurer cette donnée, les «Frankfurter Körperkonzeptskalen» (Deusinger, 1998) ont été utilisées. C'est un instrument qui fournit des informations sur la façon dont un individu se perçoit. Les 9 sous-échelles comportent 64 items qui permettent de mesurer différents aspects du corps: santé et bien-être physique (SGKB), entretien du corps et de l'apparence extérieure/respect de la fonctionnalité du corps (SPKF), efficacité physique (SKEF), contact physique (SKKO), sexualité (SSEX), auto-acceptation du corps (SSAK), acceptation du corps par autrui (SAKA), aspects de l'apparence physique (SASE) et processus physiques dissimulatoires (SDIS). Par addition de toutes les sous-échelles, on obtient une valeur correspondant au concept de soi physique global. Chaque énoncé est évalué au moyen d'une échelle en six points de type Likert, numérotée de 1 (ne correspond pas du tout) à 6 (correspond exactement). Une valeur d'échelle élevée indique que la personne a une perception positive de l'aspect physique mesuré et contribue par conséquent à l'obtention d'un meilleur concept de soi physique global. Les travaux de Deusinger (1998) rendent compte d'une fiabilité des sous-échelles allant de 0.46 à 0.80.

*Perfectionnisme.* Le perfectionnisme a été mesuré au moyen de la version germanophone de l'échelle de Frost (Frost, Marten, Lahart et Rosenblate, 1990; Stöber, 1998). Cet instrument comprend quatre sous-échelles qui permettent de mesurer d'importantes composantes du perfectionnisme: standards personnels, peur de faire des fautes et doutes quant à ses propres actions, attentes des parents et critiques, ainsi qu'organisation. La valeur globale du perfectionnisme résulte de la somme des différentes valeurs d'échelle, à l'exclusion de celle relative à l'organisation. Cette exclusion répond à la recommandation de Frost et al. (1990), lesquels n'ont constaté, au terme de l'analyse factorielle, qu'une vague relation entre l'échelle «organisation» et les autres échelles. L'instrument comprend 35 énoncés auxquels les sportifs ont été priés de répondre sur une échelle à 5 points, allant de la cote 1 (ne correspond pas du tout) à la cote 5 (correspond exactement).

Comme pour les autres instruments, une cote élevée indique une plus forte présence des différents aspects. Pour l'échelle «standards personnels», la fiabilité est réputée «pas vraiment satisfaisante» ( $\alpha = 0.78$ ); pour les trois autres échelles, elle peut être considérée comme satisfaisante (Stöber, 1998).

*Estime de soi.* Cette donnée a été mesurée à l'aide de la version allemande de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg (Rosenberg, 1965 ; Ferring & Filipp, 1996). L'estime de soi résulte de la somme de différentes évaluations liées à la personne elle-même. L'instrument est composé de 10 items classés sur une échelle à 4 points allant de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement en accord). Une valeur d'échelle élevée indique que la personne a une bonne estime de soi. Une consistance interne allant de  $0.81 < \alpha < 0.88$  a été trouvée par Ferring et Filipp (1996).

#### Déroulement de l'étude

Le premier contact s'est fait par l'intermédiaire de Swiss Olympic qui nous a communiqué les adresses des athlètes. Le questionnaire a été envoyé par la poste avec prière de le compléter et de nous retourner au moyen d'une enveloppe-réponse.

#### Classification des groupes: groupe normal et groupe à risque

Le groupe à risque comprend les personnes qui remplissent au moins un des critères suivants:

- BMI actuel  $< 18.5$  chez les personnes âgées de plus de 18 ans et BMI  $<$  troisième percentile chez les plus jeunes.
- BMI souhaité  $<$  BMI plancher, alors que le BMI effectif est à peine supérieur au BMI plancher.
- Nette diminution du BMI au cours des deux dernières années et BMI actuel à peine supérieur au BMI plancher.
- Score maximal de l'item «J'ai peur de prendre du poids» de l'échelle sur le soucis de poids
- Valeur moyenne de l'échelle sur le soucis de poids de  $M[1;4] > 2.4$  (plus de la moitié des items sont (plutôt) approuvés).

Le groupe dit normal comprend les personnes qui ne remplissent aucun de ces critères.

## Résultats

Dans cette population particulière des personnes qui souffrent de troubles du comportement alimentaire ou qui risquent de développer ce genre de désordres: 12 escaladeurs sur 41 sont concernés par ce problème. Une seule personne, pourtant, a été classée dans le groupe à risque sur la base de son BMI, les 11 autres l'ayant été en raison de la structure de leurs soucis de poids (peur de prendre des kilos).

Huit (47%) des 17 femmes et quatre (17%) des 24 hommes relèvent du groupe à risque. La proportion de femmes touchées est, dans cette étude, supérieure à celle des hommes ( $\chi^2 = 4.44$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.05$ ). Dans le groupe à risque, on trouve aussi bien des jeunes que des moins jeunes, de sorte que les deux groupes ne se différencient guère sur le plan de l'âge. L'âge moyen du groupe à risque s'élève à 16.96 ans ( $SD = 3.53$ ), celui du groupe normal à 16.98 ans ( $SD = 3.49$ ).

Le volume d'entraînement moyen est comparable, le groupe à risque s'entraîne en moyenne 11.75 heures par semaine ( $SD = 4.83$ ), le groupe normal 10 heures par semaine ( $SD = 4.77$ ). Le volume d'entraînement augmente avec le niveau du cadre et les classes d'âge à peu près correspondantes.

Compte tenu du petit échantillon, la suite de l'analyse des données a été effectuée sans distinction de cadre. Il est d'autant plus important, dès lors, de ne pas oublier que les valeurs limites du BMI, soit 18.5 et 25, ne sont valables qu'à partir de l'âge de 18 ans.

*BMI.* Aucun sujet ne présente de surpoids dans cette population particulière. Seule une femme (de plus de 18 ans) et un adolescent se situent juste au-dessus de la valeur limite. A l'inverse, seule une fille se trouve en dessous de la valeur plancher et souffre d'une

nette insuffisance pondérale. Loin de souhaiter voir son poids diminuer encore, elle préférerait gagner quelques kilos. Le groupe à risque ne se différencie pas du groupe normal par un BMI nettement inférieur. Son BMI actuel moyen est 19.13 ( $SD = 1.82$ ) contre 19.76 ( $SD = 1.47$ ) pour le groupe normal. La largeur du spectre s'explique surtout par l'âge (de 13 à 26 ans). Bien que le BMI actuel soit un critère de répartition des groupes, les deux groupes ne se différencient pas sur ce point. Le BMI idéal du groupe à risque est, par contre, nettement plus faible que celui du groupe normal ( $F(1, 36) = 4.04$ ,  $p = 0.05$ ). Le premier groupe souhaiterait avoir un BMI de  $M = 18.68$  ( $SD = 1.55$ ), tandis que le second se satisfait pleinement d'un BMI de  $M = 19.66$  ( $SD = 1.34$ ).

*Soucis de poids.* Le deuxième facteur de risque ayant servi de critère est le construit psychologique correspondant aux soucis de poids, ce qui explique que les personnes ayant très peur de grossir fassent partie du groupe à risque. Sur ce plan, les deux groupes se différencient de manière très significative ( $F(1, 39) = 31.41$ ,  $p < 0.001$ ). Le groupe à risque présente une valeur moyenne de  $[1;4] = 2.73$  ( $SD = 0.65$ ), le groupe normal de  $[1;4] = 1.76$  ( $SD = 0.43$ ). Les valeurs moyennes du groupe à risque culminent pour la peur de grossir ( $M[1;4] = 3.08$ ,  $SD = 0.99$ ) et l'obsession alimentaire ( $M[1;4] = 3.25$ ,  $SD = 0.75$ ). Les écarts assez élevés des écarts-types montrent toutefois que le groupe n'est pas tout à fait homogène sur ce plan.

*Satisfaction quant aux performances passées.* Dans le sport d'élite, les troubles du comportement alimentaire sont généralement mis au service de la performance. Contrairement à nos attentes, le groupe à risque n'est pas moins satisfait de sa carrière ( $F(1, 39) = 1.40$ ,  $p = 0.24$ ). Les valeurs moyennes se situent clairement dans la zone positive et ne sont, avec  $M[1;10] = 7.00$  ( $SD = 1.76$ ), que très faiblement inférieures à celles du groupe normal qui présente un  $M[1;10] = 7.62$  ( $SD = 1.42$ ). Les réponses du groupe à risque varient légèrement, mais guère plus que celles du groupe normal. Les deux groupes affichent un minimum de quatre et un maximum de dix. Cela signifie qu'il y a, dans les deux groupes, des personnes peu satisfaites et d'autres très satisfaites de leur parcours sportif.

*Satisfaction quant aux performances actuelles.* Le spectre des réponses est également très large pour cette forme de satisfaction: de 1 à 10 pour le groupe à risque et de 3 à 10 pour le groupe normal. Le niveau maximal de satisfaction est aussi mentionné, mais on relève par ailleurs une plus grande insatisfaction. Le groupe à risque semble en moyenne un peu moins satisfait, sans que la différence n'atteigne toutefois le seuil de signification. Le groupe à risque affiche une valeur moyenne de  $[1;10] = 5.92$ ,  $SD = 3.1$ , contre des valeurs moyennes de  $[1;10] = 6.76$ ,  $SD = 1.70$  pour le groupe normal. La grande variabilité dans le groupe à risque est frappante; les variances des deux groupes diffèrent de façon significative (Levene  $L(1, 39) = 8.89$ ,  $p < 0.01$ ).

*Perfectionnisme.* La tendance perfectionniste que l'on impute aux sportifs se vérifie également chez les escaladeurs. Bien que le groupe à risque reste, comme le groupe normal d'ailleurs, dans la zone moyenne de l'échelle globale, le premier présente une attitude nettement plus perfectionniste (voir *tableau 1*).

La crainte de faire des erreurs et les doutes liés à l'exactitude de ses actes sont en moyenne assez faibles dans les deux groupes. Au sein même des groupes, on ne note pas de différence significative. Les standards personnels sont en revanche plus prononcés, ceux du groupe à risque étant nettement plus élevés que ceux du groupe normal. Les attentes et critiques parentales atteignent des valeurs inégales par les autres critères, le groupe à risque affichant à nouveau des cotes nettement plus élevées que le groupe normal. Il est intéressant de constater que malgré son attitude perfectionniste plus marquée, le groupe à risques n'est pas moins satisfait de ses résultats.

*Concept de soi physique.* Les sportifs enquêtés jugent en moyenne leur corps très positivement. Les valeurs moyennes sont toutes supérieures à la moyenne de l'échelle. L'aspect jugé le plus positif est l'efficacité corporelle (cf. *tableau 2*, 3. SKEF), l'aspect jugé le plus négatif l'acceptation du corps par autrui (7. SAKA).

	n	Total M[1;5] (SD)	Standards personnels M[1 ;5] (SD)	Doute quant à ses propres actions M[1 ;5] (SD)	Attentes de parents et critiques M[1 ;5] (SD)
Groupe à risque	12	2.69 (0.21)	2.57 (0.57)	1.87 (0.56)	3.64 (0.41)
Groupe normal	29	2.29 (0.33)	2.00 (0.42)	1.73 (0.49)	3.16 (0.56)
F-Test		F=14.62, p<0.001	F=12.59, p< 0.001	F=0.63, ns	F=7.18, p=0.01

Tableau 1: Moyenne, écart-type et comparaison des moyennes de l'attitude perfectionniste du groupe à risque et du groupe normal

	n	FKKS	1. SGKB	2. SPKF	3. SKEF	4. SKKO
		M[1;6] (SD)	M[1;6] (SD)	M[1;6] (SD)	M[1;6] (SD)	M[1;6] (SD)
Groupe à risque	12	4.33 (0.36)	4.24 (0.69)	4.57 (0.50)	4.73 (0.56)	4.39 (0.83)
Groupe normal	29	4.44 (0.34)	4.58 (0.73)	4.31 (0.57)	5.01 (0.56)	4.13 (0.93)
F-Test		F=0.79, ns	F=1.95, ns	F=1.83, ns	F=2.26, ns	F=.69, ns
	n*	5. SSEX	6. SSAK	7. SAKA	8. SASE	9. SDIS
		M[1;6] (SD)	M[1;6] (SD)	M[1;6] (SD)	M[1;6] (SD)	M[1;6] (SD)
Groupe à risque	12	4.51 (0.95)	4.16 (0.63)	3.44 (0.43)	4.59 (0.48)	4.42 (0.57)
Groupe normal	29	4.57 (0.64)	4.67 (0.53)	3.64 (0.82)	4.88 (0.41)	4.19 (0.53)
F-Test		F=0.05, ns	F=6.98, p=0.01	F=0.67, ns	F=3.64, p=0.06	F=0.79, ns

Note : FKKS : Total échelle

1. SGKB: Santé et bien-être physique

2. SPKF: Entretien du corps et de l'apparence extérieure / respect de la fonctionnalité du corps

3. SKEF: Efficience physique

4. SKKO: Contact physique

5. SSEX: Sexualité

6. SSAK: Auto acceptation du corps

7. SAKA: Acceptation du corps par autrui

8. SASE: Aspects de l'apparence physique

9. SDIS: Processus physiques dissimilaires

\* Les sujets âgés de moins de 16 ans n'ont pas répondu aux items de l'échelle SSEX.

Tableau 2: Moyenne, écart-type et comparaison des moyennes du concept de soi physique dans le groupe à risque et le groupe normal

Les escaladeurs reconnaissent donc l'extraordinaire fonctionnalité de leur corps. Mais ils ne semblent pas entièrement satisfaits de l'effet que leur corps produit sur autrui, plus particulièrement sur le sexe opposé. Sur ces deux plans, les escaladeurs classés dans le groupe à risque se jugent un peu moins positivement que les autres. La différence entre les deux groupes est plus nette pour ce qui est de l'acceptation de soi (6. SSAK) et de l'appréciation de l'apparence physique (8. SASE). Les escaladeurs sont tout sauf insatisfaits de l'attrait qu'exerce leur corps, mais le groupe à risque se montre moins positif dans son jugement que le groupe normal.

La tendance du groupe à risque à percevoir moins positivement la plupart des dimensions mesurées peut être établie.

*Estime de soi.* Le groupe à risque a, avec une valeur moyenne de [1;4] = 3.11 (SD = 0.52), une nettement moins bonne estime de soi (F (1, 39) = 4.43, p < 0.05) que le groupe normal (M[1;4] = 3.42 (SD = 0.39). On relèvera toutefois que l'estime de soi du groupe à risque se situe encore dans la zone positive.

#### Analyse des corrélations entre certaines variables

Le tableau 3 montre une corrélation modérée, mais significativement positive entre l'estime de soi et le concept de soi physique. Plus le corps est perçu positivement, plus l'estime de soi est élevée (r = 0.37, p < 0.05).

N = 41	Perfectionnisme	Concept de soi physique
Concept de soi physique	-0.06	1
Estime de soi	-0.19	0.37 *
*p < .05		

Tableau 3: Corrélations entre les variables perfectionnisme, concept de soi physique et estime de soi

Selon nos résultats, l'estime de soi ne semble avoir aucun rapport avec la tendance perfectionniste. Seule la sous-échelle «Standard personnel» témoigne d'une corrélation faiblement négative de l'estime de soi (r = -0.36, p = 0.02).

#### Discussion

La proportion de personnes ayant un BMI inférieur à la valeur plancher n'est, dans cette étude, pas aussi élevée qu'on aurait pu le craindre. En effet, on aurait pu s'attendre à que les sujets, suite à la spécificité de leur activité qui nécessite de la force et en même temps de la légèreté, aient un faible BMI. Nous pouvons toutefois nous poser la question si les sportifs qui ont répondu sont-ils justement ceux que le problème ne touche pas ou que très périphériquement.

Une jeune personne se situe néanmoins dans la zone critique. Les résultats obtenus attestent par ailleurs l'existence d'un groupe à risque, composé de sujets qui rêvent d'avoir un BMI inférieur à la valeur plancher et/ou de personnes obsédées par leur poids et l'alimentation. La peur intense de grossir est décrite dans la littérature comme une caractéristique de l'anorexie. Un petit tiers de l'échantillon, soit 12 personnes, pourraient présenter actuellement des troubles du comportement alimentaire ou du moins être potentiellement sujettes à ce genre de désordres. De plus, la présente étude confirme ce qu'avance la littérature (Turnbull, Ward, Treasure, Jick & Derby, 1996), à savoir que les femmes sont plus touchées que les hommes. Ce résultat peut être expliqué en tenant compte de la particularité de l'activité étudiée. La morphologie du corps féminin (à partir de la puberté) se prête moins à l'escalade sportive que celle des hommes. Les hommes sont plus proches, par nature, du V athlétique que les femmes, dont le bassin est plus large que les épaules. Bien que les femmes ne se mesurent pas aux hommes en compétition, la forme idéale prévaut dans tous les esprits. L'idée que la morphologie féminine est moins avantageuse que celle des hommes règne donc en maître, raison pour laquelle on rencontre plus de désordres alimentaires chez les femmes que chez les hommes.

Bien que les troubles alimentaires obéissent à une volonté d'améliorer la performance, les deux groupes ne se différencient pas en termes de satisfaction, qu'il s'agisse de la satisfaction liée aux succès passés ou de celle tirée des performances actuelles. Nous pouvons faire l'hypothèse que cette différence ne s'applique qu'aux personnes qui se situent déjà (bien) en dessous du BMI plancher.

De plus, on s'attendait à déceler une satisfaction moindre dans le groupe à risque puisqu'il présentait une plus forte tendance perfectionniste. Celle-ci se manifeste effectivement de deux façons: d'une part, le groupe à risque a des standards personnels nettement plus élevés que l'autre groupe et, d'autre part, il perçoit plus fortement les attentes et les critiques parentales. Ce résultat est en accord avec la littérature qui montre que les individus atteints de désordre alimentaire ont des valeurs importantes de perfectionnisme (Sundgot-Borgen, 2002).

Nos résultats montrent une corrélation positive entre le concept de soi physique et l'estime de soi. Le groupe normal affiche une estime de soi nettement plus positive que le groupe à risque. Ainsi, l'attitude perfectionniste du groupe à risque se reflète aussi dans la moins bonne acceptation que ses membres ont de leur propre corps. Fait intéressant, le regard qu'ils portent sur l'efficacité physique est un peu moins critique que celui porté sur l'attrait physique.

Même s'il est admis que l'activité sportive influence directement le concept de soi physique en induisant une revalorisation de l'image de soi (Alfermann, Lampert, Stoll et Wagner-Stoll, 1993). Et que l'amélioration du concept de soi physique se traduit par un renforcement de l'estime de soi, phénomène qui entraîne à son tour des répercussions positives sur le concept de soi global (Sonstroem, 1984 ; cité d'après Alfermann et al., 1993), nous devons toutefois souligner que le rôle joué par le concept de soi physique dans le sport d'élite est largement méconnu. Cela ouvre des perspectives quant à des études ultérieures sur ce sujet. De plus, même si le nombre restreint de sujets ayant composé notre échantillon ne permet que des résultats préliminaires, nous pouvons constater que les variables psychologiques semblent être de bons indicateurs dans l'identification des sportifs menacés par les désordres alimentaires.

Adresse pour la correspondance:

Dr Roberta Antonini Philippe, Office fédéral du sport, 2532 Ma-colin, roberta.antonini@baspo.admin.ch

## Références

- Alfermann D. (1998): Selbstkonzept und Körperkonzept. In K. Bös und W. Brehm (Hrsg.): *Gesundheitssport: Ein Handbuch* (S. 212–220). Schorndorf: Hofmann.
- Alfermann D., Lampert T., Stoll O., Wagner-Stoll P. (1993): Auswirkungen des Sporttreibens auf Selbstkonzept und Wohlbefinden. *Ergebnisse eines Feldexperiments*. *Sportpsychologie*, 7, 21–27.
- Byrne S., McLean N. (2001): Eating disorders in athletes: A review of the literature. *Journal for Science and Medicine in Sport*, 4, 145–159.
- Burns D.D. (1980): The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 11, 34–52.
- Deusinger I.M. (1998): Die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS). Göttingen: Hogrefe.
- Ferring D., Philipp S.-H. (1996): Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zur Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica*, 42, 284–292.
- Frost R.O., Henderson K.J. (1991): Perfectionism and reactions to athletic competition. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 13, 323–335.
- Frost R.O., Marten P., Lahart C., Rosenblatt R. (1990): The dimension of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449–468.
- Hausenblas H.A., Carron A.V. (1999): Eating disorders indices and athletes: An integration. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21, 230–258.
- Hong S., Bianca M. (1993): Self-esteem: the effects of life satisfaction, sex and age. *Psychological Reports*, 72, 95–101.
- Lindeman A.K. (1994): Self-Esteem: Its application to eating disorders and athletes. *International Journal of Sport Nutrition*, 4, 237–252.
- Matter S., Marti B. (2001): Prävalenz von Risikofaktoren einer «Female Athlete Triad» bei Schweizer Spitzensportlerinnen. Retrospektive Querschnittuntersuchung des Swiss Olympic Medical Center Magglingen. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 49, 112–116.
- Meyers A., Cooke C., Cullen J., Liles L. (1979): Psychological aspects of athletic competition: A replication across sports. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 361–366.
- Rosenberg M. (1965): *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosen L.W., McKeag D.B., Hough D.O., Curly V. (1986): Pathogenic weight-control behaviour in female athletes. *The Physician and Sports Medicine*, 14, 79–86.
- Stöber J. (1998): The Frost Multidimensional Perfectionism Scale: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences*, 24, 481–491.
- Sundgot-Borgen J. (2002): Weight and eating disorders in elite athletes. *Scandinavian Journal of Medicine and Sciences Sports*, 12, 259–260.
- Turnbull S., Ward A., Treasure J., Jick H., Derby L. (1996): The demand of eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry*, 169, 705–712.
- Wilmore J.H. (1995): Disordered eating in the young athlete. In C.J.R. Blimkie, & O. Bar-Or (Eds.). *New horizons in pediatric exercise science* (pp. 161–178). US: Human Kinetics.