



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE DE NANCY

**TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE CHEZ LES SPORTIFS ET
SPORTIVES DE HAUT NIVEAU,
QUELLE PLACE POUR LES MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTES ?**

Sous la direction de **Thomas CLEMENT**

Mémoire présenté par **Clara VIOLA**,
Étudiante en 4^{ème} année de masso-
kinésithérapie, en vue de valider l'UE 28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'État de Masseur-kinésithérapeute

Promotion 2017-2021



UE 28 - MÉMOIRE
DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e), **VIOLA Clara**

Certifie qu'il s'agit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été indiquées dans leur totalité. Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni recopié ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations intégrales sont signalées entre guillemets.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant le conseil de discipline de l'ILFMK et les tribunaux de la République Française.

Fait à Nancy, le **17/04/2021**

Signature

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier Thomas Clément, mon directeur de mémoire, pour sa disponibilité et son expertise tout au long de ce projet que nous avons construit ensemble.

Je tiens à remercier toute l'équipe pédagogique et tous·tes les acteur·trices de l'ILFMK qui m'ont soutenue et accompagnée pendant ces années. Un merci particulier à M.Ferring, je vous remercie de votre bienveillance et soutien tout au long de mon parcours.

Merci aux kinésithérapeutes qui ont accepté de participer à mon étude. Merci de m'avoir accordé votre temps et votre intérêt, sans vous ce travail n'aurait pas pu aboutir.

Merci du fond du cœur à mon père, à ma mère, à ma sœur et à toute ma famille, pour votre amour et votre soutien sans failles pendant toutes ces années. Je vous dois cette réussite, c'est aussi la vôtre.

Merci à Damien de m'avoir donné le sourire tout au long de ce projet et d'avoir cru en moi.

Merci à mes ami·es qui sont devenu·es la famille et à ma belle-famille, de m'avoir donné tant de force.

Merci à mes ami·es que j'ai rencontré·es au cours de ces études, pour les rires et les souvenirs, Marine, Julie et Roxane, vous avez rendu ces années si belles et si précieuses.

Merci à toutes les personnes qui de près ou de loin ont participé à l'aboutissement de ce projet.

Je souhaiterais dédier ce travail à ma grand-mère, avec qui j'aurais tant voulu partager cette réussite. Merci de m'avoir portée et aimée depuis toujours.

RÉSUMÉ

Troubles du comportement alimentaire chez les sportifs et sportives de haut niveau, quelle place pour les masseur-kinésithérapeutes ?

Introduction : Les troubles du comportement alimentaire (TCA) constituent un problème de santé publique touchant chaque année une plus grande part de la population. Les sportifs.ves de haut niveau (SHN) représentent une population dans laquelle ces troubles sont surreprésentés. De nombreux.ses masseur-kinésithérapeutes (MK) évoluent auprès de ces athlètes, nous nous sommes interrogés.es sur leur place et rôle lors de l'apparition de TCA.

Matériel et méthode : Nous avons mené une enquête qualitative auprès de cinq MK intervenant auprès de SHN et ayant déjà été confrontés.es à la problématique des TCA dans ce milieu. Nous avons échangé sur leur pratique et leurs missions vis-à-vis des SHN et des TCA afin de recueillir leurs témoignages et expériences.

Résultats : Les MK interrogés.es ne se considèrent pas tous.tes impliqués.es dans la prise en charge (PEC) de ces troubles et plusieurs citent leur relation avec le corps médical comme facteur déterminant de cette PEC.

Discussion et conclusion : Bien que certains.es participants.es pensent ne pas être concerné.es par cette problématique, tous.tes jouent en réalité un rôle important dans la PEC des TCA chez les SHN. Grâce à leur relation privilégiée avec les athlètes et leurs compétences, les MK sont acteur.trices de la PEC de ces troubles psychiques et physiques, notamment en s'inscrivant dans une démarche de prévention primaire. Enfin les MK sont essentiels.les dans la détection et PEC des pathologies associées aux TCA que peuvent rencontrer les SHN.

Mots clefs : Anorexie athlétique, anorexie mentale, masso-kinésithérapie, sportifs de haut niveau, troubles du comportement alimentaire.

ABSTRACT

Eating disorders in high-level athletes, what place for physiotherapists ?

Introduction: Eating disorders (EDs) are a public health problem affecting a larger proportion of the population each year. High-level athletes represent a population in which these disorders are over-rated. Many physiotherapists work with these athletes, and we wondered about their place and role in the occurrence of EDs.

Method: We conducted a qualitative survey with five physiotherapists who work with athletes and have already been confronted with the problem of EDs in this environment. We discussed their practice and missions in relation to athletes and EDs in order to gather their testimonies and experiences.

Results: Not all the interviewed physiotherapists considered themselves to be involved in the care of these disorders. Moreover, several cited their relationship with the medical profession as a determining factor in this management.

Discussion and conclusion: Although some participants think that they are not concerned by this issue, in reality they all play an important role in the treatment of EDs in athletes. Thanks to their privileged relationship with athletes and their skills, physiotherapists are actors in the treatment of these psychological and physical disorders, in particular by being part of a primary prevention approach. Finally, physiotherapists are essential in the detection and treatment of pathologies associated with EDs that athletes may encounter.

Keywords: Anorexia athletica, anorexia nervosa, physiotherapy, high-level athletes, eating disorders.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCTION | 1 |
| 1.1. Problématisation | 1 |
| 1.2. Les troubles du comportement alimentaire..... | 2 |
| 1.2.1. L’anorexie mentale | 3 |
| 1.2.2. La boulimie | 4 |
| 1.2.3. Les autres troubles du comportement alimentaire..... | 5 |
| 1.3. Les troubles du comportement alimentaire spécifiques au sport de haut niveau..... | 6 |
| 1.3.1. L’anorexie athlétique | 6 |
| 1.3.2. La triade de l’athlète féminine | 7 |
| 1.3.3. La dysmorphie musculaire..... | 7 |
| 1.3.4. L’Orthorexie..... | 8 |
| 1.3.5. Les TCA au masculin | 8 |
| 1.4. La place du sport de haut niveau dans le développement des troubles du comportement alimentaire..... | 9 |
| 1.4.1. Le sport de haut niveau favorise le développement des troubles du comportement alimentaire..... | 9 |
| 1.4.2. Troubles du comportement alimentaire et sport de haut niveau, des racines communes | 11 |
| 1.4.3. Le sport de haut niveau et le sport loisir, facteurs protecteurs | 12 |
| 2. MATÉRIEL ET MÉTHODE | 13 |
| 2.1. Stratégie de recherche documentaire | 13 |
| 2.2. Méthodologie..... | 13 |
| 2.2.1. Le choix de la recherche qualitative..... | 13 |
| 2.2.2. Le choix de la population..... | 14 |
| 2.2.3. Les entretiens | 16 |
| 2.2.4. Analyse des résultats | 17 |
| 2.3. Matériel | 18 |
| 3. RESULTATS..... | 18 |
| 3.1. Population et entretiens..... | 18 |
| 3.2. La conception de la masso-kinésithérapie dans le sport de haut niveau par les kinésithérapeutes..... | 21 |
| 3.2.1. La relation kinésithérapeute-athlète..... | 21 |
| 3.2.2. La relation entre kinésithérapeute et le reste du staff | 23 |
| 3.2.3. La place et les missions du-de la kinésithérapeute dans le sport de haut niveau..... | 24 |
| 3.3. Les troubles du comportement alimentaire au sein du sport de haut niveau | 25 |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 3.3.1. | Balance bénéfique/risques, entre santé de l'athlète et performances | 25 |
| 3.3.2. | L'impact du sport de haut niveau sur le développement de troubles du comportement alimentaire..... | 27 |
| 3.3.3. | La difficulté de définir les troubles du comportement alimentaire et la place de la société | 29 |
| 3.3.4. | La place des parents chez les athlètes mineur-es | 29 |
| 3.3.5. | « Une maladie du secret » | 29 |
| 3.4. | L'expérience des kinésithérapeutes vis-à-vis des troubles du comportement alimentaire dans le milieu du sport de haut niveau | 30 |
| 3.4.1. | Les connaissances des masseur-kinésithérapeutes sur les troubles du comportement alimentaire dans le milieu du sport de haut niveau | 30 |
| 3.4.2. | Les signes précurseurs et éléments propices au développement des troubles du comportement alimentaire | 31 |
| 3.4.3. | L'expression de ces troubles par le prisme des kinésithérapeutes..... | 31 |
| 3.4.4. | La posture des kinésithérapeutes dans la prise en charge des athlètes souffrant de troubles du comportement alimentaire | 32 |
| 3.4.5. | La relation avec les athlètes souffrant de troubles du comportement alimentaire..... | 35 |
| 3.5. | Ouverture..... | 36 |
| 3.5.1. | Avis des kinésithérapeutes sur leurs connaissances sur le sujet..... | 36 |
| 3.5.2. | Nécessité de se former et de former les autres à la problématique des troubles du comportement alimentaire dans le sport de haut niveau | 37 |
| 3.5.3. | Place du-de la kinésithérapeute dans l'accompagnement de sportifs non haut niveau souffrant de troubles du comportement alimentaire | 37 |
| 4. | DISCUSSION | 38 |
| 4.1. | Interprétation des résultats | 38 |
| 4.1.1. | La masso-kinésithérapie dans le sport de haut niveau | 39 |
| 4.1.2. | Les troubles du comportement alimentaire au sein du sport de haut niveau | 41 |
| 4.1.3. | Sport de haut niveau et troubles du comportement alimentaire, comment se placent les kinésithérapeutes..... | 43 |
| 4.2. | Limites de l'étude | 45 |
| 4.2.1. | La population | 45 |
| 4.2.2. | Les entretiens | 46 |
| 4.2.3. | Retranscription et analyse des résultats..... | 48 |
| 4.3. | Ouverture..... | 48 |
| 5. | CONCLUSION..... | 49 |

LISTE DES ABRÉVIATIONS

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

APA : American Psychiatric Association

HAS : Haute Autorité de Santé

FFAB : Fédération Française Anorexie Boulimie

PEC : Prise En Charge

MK : Masseur-Kinésithérapeute

SHN : Sport de Haut Niveau / Sportif·ve de Haut Niveau

AM : Anorexie Mentale

IMC : Indice de Masse Corporelle

AA : Anorexie Athlétique

TAF : Triade de l'Athlète Féminine

EDF : Équipe De France

IFMK : Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

PF : Pôle France

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I : Présentation des différents types de sport

Tableau II : Population interrogée

Tableau III : Modalités d'entretien

Figure 1 : L'AM et sa sévérité selon l'IMC chez l'adulte selon l'APA

Figure 2 : Sévérités de la boulimie et de l'accès hyperphagique selon l'APA

Figure 3 : La relation MK-athlète par les MK

Figure 4 : Actions des MK envers les athlètes souffrant de TCA

1. INTRODUCTION

1.1. Problématisation

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) comprennent un ensemble de modifications pathologiques de l'alimentation, dont souffriraient au cours de leur vie plus de 8% des femmes et 2% des hommes (1). Les TCA sont diagnostiqués en présence de nombreux critères, définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'American Psychiatric Association (APA). Cependant de nombreuses personnes développent de mauvais comportements alimentaires n'étant pas reconnus comme des TCA, du fait de leurs multiples et très précis critères diagnostics. Si nous considérons l'ensemble des mauvaises conduites alimentaires (troubles ne correspondant pas à tous les critères diagnostics de l'APA) la prévalence s'élèverait à plus de 19% des femmes et plus de 13% des hommes (1).

En septembre 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) et la Fédération Française Anorexie Boulimie (FFAB) ont réalisé conjointement des recommandations de bonnes pratiques relatives à la prise en charge (PEC) des TCA adressées entre autres professionnel·les de santé aux masseur·kinésithérapeutes (MK). Sont reconnus·es dans ce document les MK comme professionnels·les concernés·es dans la PEC des TCA (2). Un article publié en 2020 par Kiné actualité, informe les MK sur leur rôle essentiel dans la PEC de ces troubles, de différentes manières : « *encadrement d'un retour vers une activité physique, accompagnement d'une reprise de poids, aide à la réappropriation d'un corps mal aimé* » (3). Les MK s'inscrivent donc comme des acteurs·trices essentiels·les dans la PEC des TCA.

Les sportifs et sportives de haut niveau (SHN) sont des athlètes pratiquant des disciplines reconnues potentiellement de haut niveau, participant à des compétitions nationales et internationales et inscrits·es sur des listes ministérielles. Plusieurs études démontrent une prévalence plus importante des TCA dans cette population que chez les non-SHN. Une étude a comparé leur prévalence entre 1620 athlètes norvégien·nes et un groupe contrôle de 1696 norvégien·nes de même âge (4). Il en ressort que 20% des athlètes souffrent de TCA contre 9% du groupe contrôle. Une revue de la littérature parue dans l'European Journal of sport science a analysé les données de plusieurs études sur la prévalence des TCA dans le milieu du sport de haut niveau (5). Il en résulte chez les athlètes, une prévalence allant

de 0% à 19% chez les hommes et de 6% à 45% chez les femmes. Soit des chiffres étant jusqu'à cinq fois plus hauts pour les femmes et presque dix fois supérieurs chez les hommes SHN que dans la population générale.

De nombreux·ses MK évoluent dans le milieu du SHN, que cela soit en cabinet, au sein de structures de haut niveau, ou missionnés·es lors de déplacements. Ces kinésithérapeutes sont pleinement intégrés·es aux équipes pluridisciplinaires prenant en charge les athlètes. Ils·elles sont des acteurs·trices de soin importants·es au sein du *staff*. Compte tenu de la prévalence élevée des TCA chez les athlètes et de la présence des MK dans ce milieu, nous pouvons supposer que nombre d'entre eux·elles ont déjà rencontré des SHN souffrant de TCA. Cependant nous n'avons trouvé que très peu d'articles et aucune recommandation quant à l'accompagnement et à la PEC des athlètes souffrant de TCA par les kinésithérapeutes. Nous avons voulu comprendre pourquoi nous n'arrivons pas à lier la rééducation des SHN à propos de laquelle beaucoup d'articles sont publiés, et la problématique des TCA chez les athlètes, qui génère aussi de nombreuses recherches. Les MK évoluant dans le SHN sont-ils·elles concernés·es ou non par cette problématique ? Sont-ils·elles mis·es à l'écart de cette thématique ? Ces éléments nous ont amenés à enquêter autour de la place qu'occupent les masseur-kinésithérapeutes dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire chez les sportifs et sportives de haut niveau.

Nous allons dans un premier temps aborder les TCA dans leur globalité, puis nous détaillerons les TCA spécifiques dans le milieu du SHN. Enfin nous présenterons les liens qui peuvent être faits entre le SHN et les TCA.

1.2. Les troubles du comportement alimentaire

Comme nous l'avons partagé précédemment, les TCA regroupent un ensemble de modifications des conduites alimentaires reconnues comme pathologiques par l'OMS. Leur prévalence est en constante augmentation. Une étude comparant plusieurs recherches sur les TCA parues entre 2000 et 2008, constate une augmentation de 3,5% à 7,8% au cours de cette période (1). De plus, l'insatisfaction corporelle semble toucher un nombre croissant d'adolescent·es et de plus en plus précocement (6). L'ensemble des TCA constitue un problème grandissant et préoccupant auquel nous devons, en tant qu'acteurs·trices de santé publique accorder de l'importance.

1.2.1. L'anorexie mentale

« *Orexie* » signifie appétit en grec ancien et le préfixe « *an* » renvoie à l'absence. Nous pourrions croire que l'anorexie mentale (AM) correspond à une perte d'appétit. Cependant les restrictions alimentaires sont ici volontaires et motivées par une volonté de perdre du poids, provenant de multiples origines, telles qu'un jugement de la personne selon sa morphologie, une vision du corps déformée ou un déni de la perte de poids. Elle est diagnostiquée en présence de trois critères :

- « *Restriction des apports énergétiques par rapport aux besoins conduisant à un poids significativement bas* »
- « *Peur intense de prendre du poids [...] alors que le poids est significativement bas* »
- « *Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou manque de reconnaissance persistant de la gravité de la maigreur actuelle* » (7).

Le premier critère essentiel au diagnostic de l'AM est donc un poids inférieur à la normale. Cette estimation pouvant être variable d'une personne à une autre, le diagnostic s'appuie sur l'Indice de Masse Corporelle (IMC). L'OMS considère $18,5\text{kg}/\text{m}^2$ comme IMC minimal pour un·e adulte de poids normé. Chez un·e adulte ayant un IMC inférieur à $18,5\text{kg}/\text{m}^2$ nous pourrions donc parler de sous poids. Lorsque cet indice devient inférieur ou égal à $15\text{kg}/\text{m}^2$, le pronostic vital de la personne est engagé et l'hospitalisation vivement recommandée. Nous avons imagé par la figure 1 l'AM et ses différentes sévérités chez l'adulte.

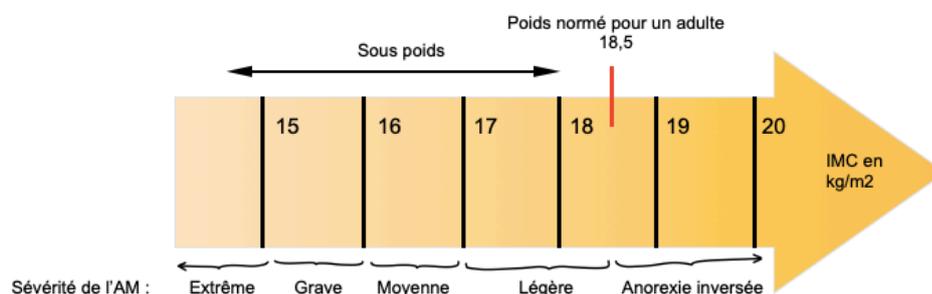


Figure 1 : L'AM et sa sévérité selon l'IMC chez l'adulte selon l'APA (7).

Nous retrouvons deux formes d'anorexies, dans lesquelles les trois critères précédemment cités sont présents mais le mode de perte de poids diffère. La forme restrictive, avec un régime alimentaire très strict associée à une pratique excessive d'exercice physique ou des périodes de jeûne afin de perdre du poids. Une activité physique est qualifiée

d'excessive lorsqu'elle est pratiquée à des « *moments ou dans des lieux inappropriés, [...] interfère négativement avec les activités importantes ou qu'[elle] est maintenu[e] en dépit de blessures et autres dommages.* » (8). La forme hyperphagique/purgative, avec épisodes d'excès alimentaires lorsque la faim prend le dessus et/ou recours à moyens purgatifs (vomissements, utilisation entre autres de laxatifs ou diurétiques) (7).

Aujourd'hui en France 40 000 personnes souffriraient d'AM, dont 90% de femmes (6). C'est une pathologie dangereuse, ayant le plus haut taux de mortalité des pathologies mentales, estimé à « *20% à 5 ans, donc un quart par suicide* » (8). Les symptômes sont multiples, à la fois psychiques et cliniques parmi lesquels nous pouvons noter un amaigrissement, une hyperactivité intellectuelle et/ou physique, une aménorrhée (primaire ou secondaire lors d'un arrêt des règles déjà présentes) chez la femme, des troubles de l'érection chez l'homme et un retard pubertaire chez les adolescents·es. Un ralentissement ou arrêt de la croissance ainsi que des douleurs abdominales et nausées sont notables chez l'enfant (9).

1.2.2. La boulimie

Boulimie vient du latin « bous » et « limos », signifiant étymologiquement faim de bœuf. Cette pathologie est caractérisée par des excès alimentaires récurrents suivis de comportements compensatoires afin d'éviter la prise de poids. Ces excès surviennent en dehors de toute AM, chez une personne ayant un IMC normé ou supérieur aux normes. Comme dans l'AM, la vision que la personne a d'elle-même est influencée négativement par la prise de poids, réelle ou non. Lors des excès alimentaires ou accès hyperphagiques, la personne mange de manière incontrôlable et ingère une grande quantité de nourriture, supérieure à celle qu'elle ingérerait sans pathologie. La prévalence de la boulimie est de 1%, touchant neuf femmes sur dix personnes (6,7,10).

Les accès hyperphagiques boulimiques se déroulent généralement en trois étapes. Premièrement la personne est angoissée et ressent un besoin incontrôlable de manger. Ensuite vient la phase d'alimentation, au cours de laquelle la personne peut ingérer jusqu'à 20000 kilocalories, parfois sans mastication. L'envie de manger est « *incontrôlable, impérieuse, irrépressible, de survenue brutale, d'aliments hypercaloriques et faciles à ingérer* ». Enfin, après l'arrêt de la crise, par l'arrivée d'une personne ou de trop forts maux de ventre, apparaît un « *malaise profond aussi bien physique (douleurs, lourdeur abdominale, nausées, céphalées, fatigues) que psychique (honte, remords, culpabilité, dégoût, haine,*

mépris de soi » (6). Ces accès sont de nombre et fréquence variables selon les personnes et sont suivis de comportement purgatoires, comme des vomissements, la prise de laxatifs ou la pratique excessive d'activité physique (7).

1.2.3. Les autres troubles du comportement alimentaire

L'accès hyperphagique est le TCA le plus fréquent, prenant une place de plus en plus importante chaque année, sans distinction d'âge ni de classe sociale. Il toucherait aujourd'hui 8,1% des françaises et 5% des français, chez lesquels la prévalence augmente après 40 ans (11). Sa progression est notamment due à un accès facilité et encouragé à la malnutrition et à la *junk food*, par les publicités et la perturbation du rythme et des repas par les horaires de travail (6). Ce trouble se caractérise comme la boulimie, par des accès hyperphagiques. Cependant la personne n'est pas dans une volonté de perte de poids et ne suit pas de régime alimentaire particulier au quotidien. De plus, il n'y a pas de recours systématique à des comportements compensatoires, pouvant conduire à un surpoids. Ces crises surviennent en dehors de contexte d'AM ou de boulimie, à *minima* une fois par semaine sur une période de trois mois (la fréquence déterminant la gravité). Les excès entraînent une détresse importante et complètent au moins trois des cinq caractéristiques des accès hyperphagiques : (7)

- « Manger beaucoup plus rapidement que la normale »
- « Manger jusqu'à éprouver une sensation pénible de distension abdominale »
- « Manger de grandes quantités de nourriture en l'absence d'une sensation physique de faim »
- « Manger seul parce que l'on est gêné de la quantité de nourriture que l'on absorbe »
- « Se sentir dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable après avoir mangé ».

Nous avons représenté les stades de sévérité de la boulimie et de l'accès hyperphagique dans la figure 2.

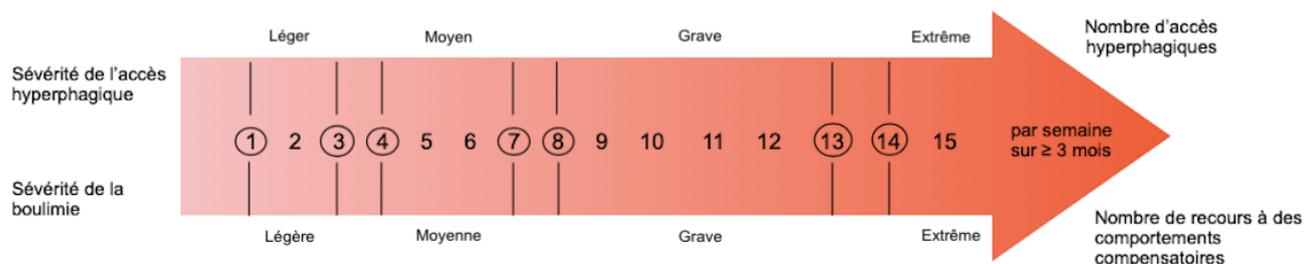


Figure 2 : Sévérités de la boulimie et de l'accès hyperphagique selon l'APA (7)

Nous retrouvons aussi les troubles de l'alimentation spécifiés et non spécifiés, chez les personnes présentant un trouble alimentaire réel et nécessitant une PEC mais ne complétant pas tous les critères de diagnostic des troubles étiquetés, que nous avons détaillés précédemment (7).

1.3. Les troubles du comportement alimentaire spécifiques au sport de haut niveau

Les SHN sont plus exposés·es aux TCA que la population générale, ils·elles seraient deux fois plus touchés·es (4). Ces estimations sont probablement en dessous de la réalité compte tenu de la volonté des SHN de cacher leurs TCA, par peur d'être exclu·e de l'équipe et/ou des compétitions. Ce déni n'est pas négligeable dans l'interprétation des estimations. Les méthodes de recherche des TCA, notamment par auto-questionnaire peuvent permettre aux SHN de sous-évaluer volontairement leurs troubles (12). Cependant il se peut que leurs troubles ne remplissent pas tous critères d'un TCA, il faut donc adapter les définitions que nous avons à ce public soumis à des entraînements intenses et réguliers, une nutrition et un mode de vie particulier (12). Une récente étude a pris en compte des SHN français·es issus·es de 37 disciplines différentes, pour s'intéresser à la prévalence des TCA dans cette population à l'aide des données recueillies lors des consultations annuelles des SHN avec les médecins du sports, diététiciens·nes et psychologues (13). Sur 340 athlètes inclus·es dans l'étude, 32,9% sont sujets·tes aux TCA. Les professionnels·les de santé ont néanmoins précisé qu'il avait été difficile de repérer ces troubles car les critères diagnostics habituels ne semblaient pas cohérents avec la population de SHN.

1.3.1. L'anorexie athlétique

L'anorexie athlétique (AA) a vu le jour en 1990, dans le but de pouvoir diagnostiquer les athlètes souffrant de mauvaises conduites alimentaires mais ne remplissant pas tous les critères des TCA. Au vu de la singularité de la population et du milieu dans lequel elle évolue il a fallu s'adapter afin de pouvoir reconnaître les troubles de ces sportifs·ves. L'AA est un TCA sub-clinique, facteur prédisposant au développement d'un TCA clinique et devant s'arrêter en même temps que la carrière de l'athlète. L'intensité, la fréquence et la composition variables des entraînements associés à un régime strict provoquent des cycles de perte et reprise de poids qui caractérisent l'AA. Nous notons chez les athlètes souffrant d'AA une diminution de

la génèse osseuse entrainant notamment un risque de fracture de fatigue plus élevé, ainsi qu'une augmentation de la fréquence des blessures. Comme dans l'AM, les cycles menstruels des femmes sont perturbés voire stoppés. Cependant, la perte de poids et la limitation des apports ne sont ici pas initialement adoptées en vue d'une silhouette mince mais d'un gain de performances, et peuvent être initiées suite aux conseils d'un·e entraineur·e. L'AA est caractérisée par une diminution des apports nutritionnels et du poids de corps corrélée à un maintien de hautes performances (12). Cette volonté de performer limite la gravité de l'AA. Cependant elle s'inscrit dans un *continuum* allant des mauvaises conduites alimentaires passagères à l'AM. La stigmatisation de la masse grasse d'un point de vue esthétique peut venir secondairement (8,14).

1.3.2. La triade de l'athlète féminine

Décrite pour la première fois en 1992, la triade de l'athlète féminine (TAF)  tait l'association chez une athlète d'un TCA, d'une aménorrhée et d'une ostéoporose. Aujourd'hui la définition est plus large, permettant de prendre en compte la diversité des cas. Sont concernées par la TAF les femmes athlètes, présentant un dérèglement de l'alimentation, des règles et de la densité osseuse, incluant donc un spectre plus large d'expression de la triade, allant par exemple pour l'alimentation d'un simple trouble à une AM (15). Tous les symptômes de la TAF découlent du dérèglement alimentaire et donc d'une insuffisance d'apports énergétiques. Le corps est fortement sollicité par les entraînements, et lorsque qu'il ne dispose pas de réserves énergétiques suffisantes, peut réduire le fonctionnement de l'hypothalamus et de l'hypophyse au minimum, entrainant entre autres perturbations ou arrêt des règles (8). Parmi les signes devant faire rechercher une TAF, nous pouvons garder en mémoire (15) :

- « *Baisse de performances sportives* »
- « *Perte de poids* »
- « *Modification de l'humeur* »
- « *Blessures ou maladies fréquentes* »
- « *Fractures* »
- « *Insatisfaction corporelle* »

1.3.3. La dysmorphie musculaire

La dysmorphie musculaire aussi appelée bigorexie ou anorexie inversée a été décrite pour la première fois en 1997 (8). Ce trouble est une véritable dysmorphie, dans laquelle la personne a une vision erronée de son corps et une préoccupation excessive d'un défaut

corporel imaginaire, ou réel mais ne justifiant pas une telle préoccupation. La dysmorphie s'intéresse ici à la musculature, avec des individus se trouvant injustement trop maigres, continuant la musculation au-delà des alertes, risques et blessures. Donnant lieu à des entraînements disproportionnés, une constante et obsessionnelle insatisfaction corporelle, et une crainte de perte de poids. La dysmorphie musculaire a des effets « *néfastes sur la santé physique, psychologique, sociale et émotionnelle* » (16). Cette pathologie fréquente chez les culturistes est majoritairement mais non exclusivement masculine, sa prévalence étant d'ailleurs plus élevée chez les femmes pratiquant le culturisme que chez les hommes de la population générale (8,16).

1.3.4. L'Orthorexie

L'orthorexie n'est aujourd'hui pas considérée comme un TCA, mais comme un dérèglement de l'alimentation à mi-chemin entre le trouble obsessionnel compulsif et l'AM. Elle est définie comme une « *obsession de consommer de la nourriture saine et une préoccupation concernant les propriétés des aliments* ». L'orthorexie donne lieu à des comportements typiques comme « *un temps important (> 3 heures) passé à préparer des repas sains* », une exclusion du plaisir dans l'alimentation et un intense sentiment de culpabilité au moindre écart. Sa prévalence oscille entre 6% et 88%, écart expliqué par une forte prévalence dans certains groupes de population, notamment les professionnel·les de santé et les athlètes, et une prévalence plus faible dans d'autres. Plus de 32% des danseurs·ses de ballet souffriraient d'orthorexie. Aux frontières donc entre deux troubles, nous retrouvons chez les personnes souffrant d'orthorexie des symptômes de l'AM, comme un besoin de contrôle et une culpabilité en cas d'entorse à un régime alimentaire strict auto-imposé (17).

1.3.5. Les TCA au masculin

La population souffrant de TCA est très majoritairement féminine. Chez les SHN ce déséquilibre s'estompe, mais les TCA restent principalement féminins. Cependant les TCA pourraient être sous-évalués chez les hommes. Leur représentation étant communément féminine, leurs symptômes pourraient être moins alertant chez les hommes que chez les femmes (6). La triade de l'athlète masculin, par analogie avec la TAF, existe mais est moins diagnostiquée car les conséquences sur la reproduction sont moins visibles chez les hommes que chez les femmes. Cependant, la faible disponibilité énergétique entraîne chez les hommes

une diminution de la production de testostérone et une diminution de la masse osseuse. Ces éléments doivent être pris en compte dans le suivi de l'athlète (18,19).

1.4. La place du sport de haut niveau dans le développement des troubles du comportement alimentaire

La relation entre le développement de TCA et la pratique du SHN est complexe. Elle peut être appréhendée de différentes manières. D'une part, des individus prédisposés·es à développer des TCA peuvent se lancer dans une pratique sportive excessive. Cela peut être le cas des jeunes filles qui trouvent dans le SHN un alibi pour repousser l'arrivée de leur féminité, et donc la transformation de leur corps (8). D'autre part, des sportifs·ves soumis·es aux différentes pressions et idéaux de ce milieu particulier peuvent voir dans l'alimentation, un moyen d'accroître leurs performances. Dans certains sports, règne une idée selon laquelle une faible masse corporelle est avantageuse, cette idée étant souvent véhiculée par la morphologie des champions·nes de disciplines, que les jeunes athlètes prennent pour modèles. D'après R.Shankland, auteure d'un ouvrage pour la prévention et l'accompagnement thérapeutique des TCA, certaines personnes sont à risque de par leur métier, notamment les SHN. Néanmoins, nous retrouvons ici aussi une incertitude. Les personnes prédisposées aux TCA seraient-elles plus attirées par ces métiers, ou les exigences de ces professions favoriseraient-ils leur développement ? (6)

1.4.1. Le sport de haut niveau favorise le développement des troubles du comportement alimentaire

Comme nous l'exprimions précédemment, les SHN sont plus touchés·es que la population générale par les TCA. Tout d'abord nous devons notifier l'existence de six types de sports, divisés en deux grandes catégories : les sports requérant la maigreur et ceux ne la requérant pas. Les différents types de sports sont exprimés dans un tableau (20).

Tableau I : présentation des différents types de sport

| | | |
|-------------------------------------|------------------------------|---|
| Sports requérant la maigreur | Sports d'endurance | Course à pied (½ fond et plus), cyclisme, ski de fond |
| | Sports esthétiques | Patinage artistique, gymnastiques, danse |
| | Sports à catégories de poids | Boxes, aviron, judo, haltérophilie |
| Sports ne requérant pas la maigreur | Sports de balles | Volleyball, handball, football |
| | Sports techniques | Ski alpin, golf, tir à l'arc |
| | Sports de puissance | Lancer de poids, haltérophilie |

Plusieurs facteurs dans la pratique du SHN semblent influencer le développement de ces troubles. D'après une revue systématique parue en 2020 dans le Journal of eating disorders nous avons retenu plusieurs informations au sujet de ces différents types de sports (20). Les sports esthétiques, dans lesquels les athlètes sont jugés·es sur leur technique mais aussi sur leur apparence sont lieux de croyances selon lesquelles un corps maigre apporterait un jugement plus favorable. Dans les sports à catégories de poids, les athlètes doivent garder un poids constant tout au long de la saison, ce qui peut les amener à avoir des comportements alimentaires néfastes, après une prise de masse musculaire ou une mauvaise hygiène alimentaire afin de perdre beaucoup de poids en peu de temps à proximité des compétitions. De plus, les athlètes ayant un faible poids corporel avec une proportion haute de masse musculaire seraient plus performants·es, ce qui les pousserait à perdre de la masse grasse tout en augmentant leurs entraînements musculaires. Enfin, dans les sports d'endurance, les personnes les plus maigres sont vues comme les plus performantes, entraînant les athlètes à restreindre leurs apports alimentaires en parallèle d'entraînements coûteux en énergie, créant un dérèglement énergétique typique des TCA dans le monde du sport (20). Dans les sports où la maigreur est encouragée, certains athlètes peuvent connaître une amélioration de leurs performances secondairement à une perte de poids, les encourageant à en perdre d'avantage pour améliorer à nouveau leurs résultats. Ce processus peut les amener d'une modification aiguë de l'alimentation à un TCA. De plus, en voyant ces athlètes performer après une perte de poids, d'autres pourraient vouloir reproduire ce schéma, et glisser eux·elles aussi vers des TCA (5). Plusieurs études s'accordent sur le fait que les athlètes pratiquant des sports à catégories de poids ou encourageant la minceur ont une prévalence plus élevée de TCA (13,15,21,22). La fréquence des TCA serait donc plus élevée dans les sports esthétiques, à catégories de poids et d'endurance, dans lesquels « *les athlètes les plus lourds [sont] perçus comme les plus lents* » (23). Cela dès le plus jeune âge, selon S.Afflelou la préoccupation des athlètes pour leur poids est supérieure dans les sports esthétiques que non esthétiques, dès l'âge de cinq ans et majoritairement à l'âge de sept ans (8).

L'âge des athlètes est justement un facteur pouvant influencer la fréquence des TCA. E.Filaire et *al.* citent le « *commencement prématuré d'un entraînement spécifique* » comme facteur de risque, et la période de l'adolescence comme une phase de remaniement psychique et physique, rendant le adolescents·es plus vulnérables aux TCA (12). Les débuts prématurés pourraient entraîner de jeunes athlètes vers des disciplines ne correspondant pas à leur morphologie future, et leur volonté de réussite pourrait les pousser à développer de mauvaises

conduites alimentaires pour coller aux exigences morphologiques de leur discipline (5). D'autres auteurs·es décrivent aussi une population jeune et adolescente plus susceptible de développer des TCA, par sa fragilité vis-à-vis de l'image corporelle et sa recherche identitaire (21,22). Chez les adolescents·es il n'y aurait cependant pas de différences significatives de prévalences entre les disciplines, car le temps d'exposition à leurs particularités et exigences propres ne serait pas suffisant (5).

Plusieurs sources de pressions extérieures aux athlètes pourraient aussi favoriser le développement des TCA. Les personnes ayant une autorité sur les SHN peuvent influencer leur mode de vie, notamment leur alimentation (12). Le comportement des entraîneurs·es et l'ambiance qu'ils·elles créent peut favoriser la survenue de TCA, par des incitations à la maigreur pour performer ou par des mesures régulières du poids. Au contraire, ils·elles peuvent aussi diminuer leur fréquence en créant un environnement bienveillant (5,6,12,15,22). S.Afflelou et *al.* citent aussi les parents des athlètes et juges comme exerçant une pression potentielle sur les SHN (22).

Le sport à haut niveau, par l'environnement qu'il crée, par les acteurs·trices qui évoluent autour des athlètes et les exigences de la discipline peuvent les rendre plus vulnérables aux TCA qu'une personne non SHN, et cela malgré des facteurs de risques communs.

1.4.2. Troubles du comportement alimentaire et sport de haut niveau, des racines communes

Plusieurs études démontrent des similitudes entre les personnalités susceptibles de développer des TCA et celles favorisant la réussite sportive. D'après R.Shankland, on retrouve chez les SHN une « *focalisation très importante sur le corps* », que l'on retrouve également chez les personnes sujettes aux TCA (6). Certains·es entraîneurs·es, dans leur recherche de futurs·es champions·nes, retiendraient comme prometteurs, des profils semblables à ceux des personnes souffrant de TCA. Sont notamment recherchés : un attrait pour la réussite et un perfectionnisme, orientant les athlètes à se dépasser pour atteindre des performances sportives et un idéal corporel souvent irréalistes (5,6,20). Certains aspects de personnalité pourraient donc amener à une pratique excessive d'activité physique. Outre l'envie de réussite et le besoin de contrôle, la peur de prendre du poids et l'importance accordée à l'image du

corps pourraient en être à l'origine d'une carrière de SHN(6). Certaines personnes prédisposées à développer des TCA, notamment par une mauvaise estime d'elles, pourraient voir dans le SHN un moyen d'atteindre leurs objectifs de perte de poids, ou de contrôle du corps, de manière dissimulée (6,12,22). Elles pourraient donc être orientées par leurs traits de personnalité vers le milieu du SHN, normalisant les mesures fréquentes du poids et les régimes alimentaires stricts, un milieu dans lequel l'entraînement et donc l'activité physique et ses dépenses énergétiques, favorisent la réussite. Ces éléments pourraient assouvir les besoins de perte de poids, de contrôle d'image du corps et de réussite des personnes à risque de développer des TCA. D'après S.Afflelou et *al.* les jeunes filles vivant difficilement le passage vers un corps de femme peuvent trouver dans le sport intensif un moyen de reculer ce changement : « *En outre, les anorexiques qui deviennent des « sportives » ont un excellent alibi pour masquer, voir légitimer leur trouble* » (22). De plus, nous notons qu'entre 40% et 80% des patientes anorexiques ont une tendance à avoir des exercices physiques excessifs (24). Enfin S.Afflelou et *al.* partagent aussi une vision des TCA et du SHN comme variant l'un de l'autre, qui, selon les prédispositions et facteurs environnementaux de la personne se développeraient. « *Il existerait dans ce cas une base étiologique commune qui sous-tendrait à la fois l'anorexie mentale et l'exercice physique intensif.* » (22).

1.4.3. Le sport de haut niveau et le sport loisir, facteurs protecteurs

Selon l'intensité à laquelle il est pratiqué et les règles et règlements de la discipline en question, le sport peut être un facteur protecteur vis-à-vis des TCA. A.L.Moscone et *al.* concluent leur étude par le constat que « *la pratique physique, selon la manière dont elle est effectuée et les buts qui la motivent, n'aura pas le même impact sur la santé.* » (25). Plusieurs études stipulent également que le sport, pratiqué en loisir ou avec un faible niveau de compétitivité protège de la survenue de TCA. Les athlètes, pratiquant le sport de manière intensive et participant à des compétitions de grande envergure ont plus de risque de connaître les effets néfastes du sport, notamment en rapport avec les comportements alimentaires (12,22,25). De plus, la nature de la discipline pratiquée est importante, les sports de requérant pas la maigreur permettent aux athlètes d'avoir une meilleure estime d'eux-mêmes et des comportements alimentaires sains (22). Une récente étude a démontré une meilleure estime de soi chez les athlètes que les sédentaires, majorée lors de la pratique d'un sport indépendant du poids ainsi que des niveaux d'anxiété, de tension et de détresse psychologique supérieurs chez les sédentaires que les athlètes (26). Le sport, même de haut niveau peut donc aussi

être un facteur protecteur envers les TCA. En diminuant entre autres les phénomènes de colère et de fatigue, le sport permet un bien-être psychique (26). En promouvant la persévérance, une bonne estime de soi et image corporelle, la gestion des émotions et l'adaptation psycho-sociale, le sport raisonné diminue le risque de développer des TCA, pour l'ensemble de la population (6,21,26).

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Stratégie de recherche documentaire

Pour constituer la base de notre travail, nous avons effectué une revue de la littérature. Les recherches documentaires ont commencé en février 2020, à la suite de la lecture d'un article paru dans le magazine Kiné Actualité. Différentes bases de données ont été interrogées : MEDLINE, PEDro, et la plateforme de l'Université de Lorraine Ulysse. Plusieurs informations proviennent d'autres sources telles que le site de la HAS et de l'OMS. La sélection des documents s'est faite dans un premier temps par la lecture des titres, puis des résumés puis des documents en intégralité à mesure que ces articles ciblaient notre sujet.

Les mots clefs utilisés sont « troubles alimentaires », « troubles du comportement alimentaire », « alimentation », « diète », « anorexie mentale », « boulimie », « restriction alimentaire », « sport de haut niveau », « anorexie athlétique », « triade féminine », « masso-kinésithérapie », « kinésithérapeute ». La majorité de la littérature sur ce sujet étant en anglophone, nous avons aussi utilisé des mots clefs en anglais ; « eating disorder », « binge eating disorder », « dieting », « anorexia nervosa », « bulimia nervosa », « anorexia athletica », « physiotherapy », « athletes », « elite », « sport ».

2.2. Méthodologie

2.2.1. Le choix de la recherche qualitative

Notre sujet de recherche amène à réfléchir autour de pratiques kinésithérapiques et de relations humaines. Ces variables sont difficiles à exprimer par des chiffres car nous ne cherchons pas à déterminer quelle proportion de MK travaille d'une manière et quelle

proportion travaille d'une autre manière. Nous voulons savoir comment ces personnes exercent leur profession. Dans la réalité, que ce passe-t-il ? À quoi sont-elles sensibles, à quoi portent-elles de l'intérêt ? Comment se placent-elles dans cette problématique ? Pour répondre à nos questions nous devons rencontrer ces MK, leur parler et les interroger. Nous devons nous enrichir de leurs expériences. Questionner les personnes qui font de cet élément leur quotidien et connaître leur ressenti, leur implication. C'est donc naturellement que nous nous sommes tournés·es vers la recherche qualitative.

Une fois parvenus·es dans cet univers, plusieurs issues nous sont apparues. D'une part les entretiens, qu'ils soient directifs, semi-directifs ou non directifs, et d'autre part l'observation. Pour choisir, nous nous sommes questionnés·es sur la manière la plus à même de recueillir les retours d'expériences des personnes interrogées. Nous souhaitions interroger les MK mais leur laisser une liberté d'expression suffisante pour qu'ils puissent nous partager leurs ressentis, leurs connaissances et leur vécu. Nous avons aussi la nécessité de répondre à notre question de recherche, justifiant des possibles recentrages sur le thème principal. L'entretien semi-directif s'est donc révélé être l'outil le plus pertinent pour nous y amener. De par sa forme semi-directive, il donne à l'enquêteur·rice les moyens d'orienter la discussion pour répondre à ses objectifs. Mais il laisse aussi la liberté pour l'enquêté·e de s'éloigner du sujet, de livrer des récits pertinents pour notre étude, peut-être éloignés de ce à quoi nous tendions instinctivement.

« L'entretien, comme « instrument de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal » (Blanchet, Gotman, 2015), permet de produire des données à base de discours pour rendre compte du point de vue de l'acteur, de son expérience, de son vécu, ses savoirs, ses savoir-faire, ses croyances, sans porter sur ces discours de jugement de valeur ni d'appréciation normative quant à leur qualité ou leur niveau. » (27). L'entretien semi-directif ou semi-structuré semblait être la méthode de recueil de données la plus adaptées à notre problématique.

2.2.2. Le choix de la population

Pour répondre à notre question, nous avons choisi d'interroger des MK diplômés·es exerçant dans le milieu du sport de haut niveau. Nous avons souhaité interroger des femmes

et des hommes, diplômés·es plus ou moins récemment, travaillant avec des SHN depuis peu et depuis de nombreuses années, anciens·nes SHN ou non, dans le but de recueillir des récits hétérogènes. « *C'est cette diversité qui est la source de la richesse des données.* » (28). Nos critères d'inclusion ont été ; être masseur-kinésithérapeute diplômé·e d'état, intervenir auprès de SHN, travailler avec des SHN pratiquant des disciplines favorisant la survenue de TCA (sports requérant la maigreur), avoir déjà pris en charge au moins un·e SHN souffrant de TCA et accepter librement de participer à l'enquête.

Afin d'obtenir les coordonnées des MK que nous allions interroger, nous avons contacté nos connaissances dans le milieu de la kinésithérapie du sport, notamment ceux·celles intervenants au cours de la formation. Nous avons aussi contacté des MK grâce à leurs coordonnées présentes sur le site de l'Association des Kinésithérapeutes des Équipes de France. Finalement, pour certaines disciplines qui nous paraissaient d'un grand intérêt pour l'étude, et pour lesquelles nous n'avions aucun·e participant·e, nous avons menés des recherches spécifiques par discipline jusqu'à trouver des MK concernés·es et volontaires. Nous avons aussi sollicité la Société Française de Masso-Kinésithérapie Sportive (SFMKS) et de l'Institut National du Sport, de l'Expertise et de la Performance (INSEP), par mail et téléphone, mais aucune suite n'a été donnée. Le premier contact s'est fait par courriel ou téléphone en présentant le sujet et le cadre de notre étude. Nous y avons aussi exprimé la volonté de rencontrer ces MK et de s'entretenir avec eux sur leur exercice, dans une finalité de production de connaissance anonymisée, et sans requête d'informations confidentielles. La population de MK interrogé·es est présentée dans le tableau II.

Tableau II : Population interrogée

| | Sexe | Période de diplôme | Ancien.ne SHN | Disciplines rencontrées | Suivi des athlètes * | Part d'activité dédiée au SHN |
|------|------|--------------------|---------------|--|----------------------|-------------------------------|
| MKH | M | 1990-2000 | Oui | Haltérophilie Football | Ponctuel | 20 % |
| MKB | M | 2010-2020 | Oui | Boxe | Continu | 40 % |
| MKC | M | 2000-2010 | Non | Cyclisme | Ponctuel | Variable |
| MKGD | M | 2000-2010 | Non | Gymnastiques Danse | Continu | 100 % |
| MKPA | F | Inconnue | Oui | Patinage artistique Danse sur glace | Ponctuel | 20 % |

2.2.3. Les entretiens

Pour une préparation efficiente et une réalisation optimale des entretiens, nous avons rédigé un guide d'entretien. Ce guide est un support sur lequel se trouvent les éléments à ne pas oublier lors de l'échange. Nous avons choisi de le réaliser selon la méthode « 3 colonnes » présentée par Joëlle Kivits (27). En suivant cette méthode, le guide se compose de 3 colonnes, ayant chacune un rôle particulier. Dans la première colonne se trouvent les principaux thèmes de la question de recherche. Nous listons dans la deuxième colonne les questions que nous pourrions poser à l'enquêté·e pour recueillir des informations sur le thème correspondant. Dans cette colonne nous inscrirons aussi les questions de relances à utiliser si les réponses que nous obtenons ne nous apportent pas suffisamment d'informations. Enfin, dans la troisième colonne, nous énumérerons les attentes que nous avons envers chaque thème, les raisons pour lesquelles nous l'abordons lors de l'entretien et la manière dont cela nous permettrait de répondre à notre question de recherche (29). Nous avons réalisé un premier guide qui a évolué à la suite de l'entretien d'essai réalisé en octobre 2020. La version finale s'éloigne de la première sur la forme. À la suite de l'entretien pré-test que nous avons réalisé, le besoin de modifier le guide est apparu pour pouvoir suivre la discussion plus aisément. Pour plus de lisibilité et de fluidité lors des entretiens, nous avons donc restructuré l'aspect final du guide. Ces deux versions sont présentées respectivement en annexes I et II. Avant chaque entretien, nous avons fait parvenir à l'enquêté·e un formulaire de consentement libre et éclairé à nous retourner ainsi qu'une fiche informative sur l'étude (annexes III & IV). Pour les MK ne nous ayant pas retourné le formulaire avant l'étude, nous avons recueilli leur autorisation express et orale au début de l'entretien pour y participer et pour nous permettre de retranscrire et d'utiliser les informations.

Nous commençons chaque entretien par un rappel des consignes et du cadre. Le but étant de préciser les motivations de l'échange et le déroulement de ce dernier. Nous voulons créer un espace d'échange bienveillant en soulignant à nouveau l'anonymisation des résultats, l'absence de demande d'informations confidentielles et la liberté de l'enquêté·e d'interrompre l'entretien à tout moment et de ne pas répondre à toutes les questions.

Lors de l'entretien, l'enquêteur·rice intervient de différentes manières afin d'assurer le bon avancement de l'échange. On distingue deux grands types d'interventions ; d'une part les consignes et éléments de relance et d'autre part, les interventions-commentaires (29). Les

consignes ont pour but d'ordonner et de structurer l'échange. Elles sont élaborées dans le guide d'entretien et ne changent pas, ou très peu. Le nombre de consignes varie selon la nature de l'enquête, plus elles seront nombreuses plus elles apporteront de rigidité et orienteront vers un entretien directif. Dans le cadre de l'entretien semi-directif, une première consigne rappelle l'objectif de l'étude et introduit le thème principal. Elle doit inciter l'enquêté·e à s'exprimer sur le sujet. Les éléments de relance ont pour but d'ordonner l'échange et d'aiguiller l'enquêté·e lorsque ses réponses ne sont pas en adéquation avec nos attentes, nous permettant donc de recentrer la conversation mais également de l'encourager à s'exprimer s'il·elle reste trop évasif·ve. Enfin, les interventions et commentaires servent à montrer à l'enquêté·e que nous portons attention à son discours, que nous suivons la conversation et que nous tentons au mieux de comprendre et de nous imprégner de ce qu'il·elle nous transmet.

Nous souhaitons réaliser la totalité des entretiens en échangeant en personne avec les MK. Au vu du contexte sanitaire actuel, seuls deux entretiens ont été réalisés de cette manière. Notre deuxième volonté a été d'échanger *via* appel vidéo, et finalement, en dernier recours par appel téléphonique. Nous avons donc réalisé un entretien par vidéo et deux par téléphone à la demande des MK.

2.2.4. Analyse des résultats

Pour permettre l'analyse, nous avons commencé par retranscrire totalement et fidèlement les cinq entretiens. C'est lors de cette étape que nous avons anonymisé les données, en attribuant à chaque MK un code, et en remplaçant par la lettre « X » les éléments pouvant permettre à une personne extérieure d'identifier l'enquêté·e. Nous avons lu rapidement l'entretien pour le resituer. Ensuite, nous l'avons lu une deuxième fois afin de synthétiser son contenu et d'en ressortir les idées principales (27). Nous avons créé un code couleur (disponible en annexe VI) pour rassembler les éléments par thèmes et sous-thèmes (définis grâce au guide d'entretien et aux idées ressortant des entretiens à l'issue des lectures précédentes). Puis nous avons procédé à une troisième lecture au cours de laquelle nous avons mis en couleur selon le code les mots, phrases et expressions qui font sens et qui alimenteront notre analyse. Nous avons classé ces éléments dans un tableau reprenant le code couleur et permettant l'analyse des résultats.

2.3. Matériel

Les entretiens ont été enregistrés afin de pouvoir les réécouter et les retranscrire, étape indispensable à leur analyse (28). L'enregistrement permet une attention complète lors de l'entretien et des écoutes ultérieures en conservant des informations utiles comme les hésitations, les temps de réflexion et les émotions, qui sont intéressantes et font sens dans une enquête qualitative (25). Pour se faire, nous avons utilisé un smartphone avec l'application « dictaphone » ainsi qu'un deuxième au cas où nous rencontrions un problème avec le premier. Pour l'entretien réalisé par appel vidéo, nous avons enregistré le son et l'image de l'appel. Dans un deuxième temps, pour retranscrire et analyser les résultats des entretiens, nous avons utilisé un ordinateur portable et les logiciels Word et Excel.

3. RESULTATS

À la suite de nos entretiens, nous avons analysé les données recueillies. En nous imprégnant des différents témoignages, nous avons pu en ressortir des idées fortes. Toutes les grandes notions et les lignes directrices des entretiens ont été comparées aux attentes que nous avons grâce à notre guide d'entretien. Ce travail d'analyse nous a permis de déterminer des grands thèmes puis sous-thèmes nous permettant d'ordonner les propos de chacun·e. Le but était de les confronter avec ceux des autres participant·es, afin d'en tirer des conclusions. Tous les entretiens sont retranscrits et disponibles en annexe V.

3.1. Population et entretiens

Suite à nos prises de contact et échanges avec des MK correspondants aux critères d'inclusion de l'étude, nous avons organisé cinq entretiens. Cinq kinésithérapeutes volontaires pour participer à l'étude justifiaient d'une activité (passée ou présente) en adéquation avec les nos critères d'inclusion. Nous détaillons ci-dessous les caractéristiques des enquêtés·es et des entretiens.

Le premier entretien s'est déroulé avec un homme, diplômé entre 1990 et 2000, ancien SHN en handball universitaire. Il a validé plusieurs formations continues, dont une en kinésithérapie du sport et une en lien avec l'alimentation. Il a travaillé pendant plusieurs années pour un club de football professionnel en Belgique, et pour le centre de formation qui y est

rattaché. Il a donc côtoyé des footballeurs professionnels adultes, ainsi que les cadets nationaux, âgés d'une quinzaine d'année. Il participait aux déplacements de l'équipe à l'international. Après avoir quitté le milieu du football, il s'est dirigé vers l'**haltérophilie**, auprès des « *équipes de France olympiques* » d'haltérophilie. La prise en soin des haltérophiles était **ponctuelle**, et se faisait en centre de formation et lors des **stages de formation et compétitions**. Il estime sa PEC de SHN à 20% de son activité totale, 100% lors des déplacements des haltérophiles et lorsqu'il travaillait dans le club de football. Nous nommerons ce professionnel **MKH**, en lien avec son activité dans l'haltérophilie, au cours de laquelle il a pu observer plusieurs situations en lien avec notre étude. L'entretien s'est déroulé via Zoom pour une durée de 50 minutes, en excluant un moment de discussion d'environ 15 minutes.

La deuxième personne que nous avons interrogée est un homme, diplômé entre 2010 et 2020, titulaire d'un master en Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS), domaine dans lequel il a enseigné. Il détient également des certifications d'entraîneur sportif en boxe française et anglaise, et a réalisé des formations en lien avec la thérapie manuelle ostéopathique. Après un passif de SHN, il partage aujourd'hui son activité entre son cabinet et un club de **boxes**, il s'occupe de boxeurs·ses de haut niveau et de niveau intermédiaire, âgés·es de 20 à 30 ans, **tout au long de l'année**, à raison de plusieurs fois par semaine. Il les accompagne également lors des déplacements et compétitions. Il s'occupe aussi d'une partie de l'entraînement de ces boxeurs·ses. Nous l'appellerons **MKB** (B pour Boxe). L'entretien a eu lieu sur le lieu de travail de MKB et a duré environ 45 minutes.

La troisième personne que nous avons rencontrée est un homme, diplômé entre 2000 et 2010, formé en kinésithérapie du sportif et en thérapie manuelle. Il est titulaire d'un Diplôme Universitaire en alimentation santé et n'a pas exercé de sport à haut niveau. Il exerce en libéral avec une grande majorité, quasi-totalité de patient·es sportif·ves, en exclusivité en sports d'endurance, principalement en course à pieds. Pendant environ **2 mois chaque année** et ce depuis plus de 10 ans, il accompagne les déplacements d'une équipe de **cyclisme** professionnelle. Pendant ces mois, il est donc à 100% avec des SHN du monde du vélo, tous majeurs. Nous utiliserons l'acronyme **MKC** (C pour cyclisme) pour nous référer à lui. L'entretien a eu lieu en personne sur le lieu de travail de MKC pour une durée de 55 minutes.

Au cours de notre quatrième entretien, nous avons rencontré un kinésithérapeute diplômé entre 2000 et 2010, titulaire de formations continues MK, d'une formation en

ostéopathie ainsi que des formations relatives à l'accompagnement des SHN. Il exerce exclusivement la kinésithérapie du sport, en cabinet et en se déplaçant en structures. Il se rend **quotidiennement** à l'opéra de X pour prendre en charge les **danseurs·ses** de haut niveau qui y travaillent, âgé.es de 17 à 42 ans. **Plusieurs fois par semaine**, il se rend dans une structure de SHN où sont localisés les PF de gymnastique artistique masculine, gymnastique artistique féminine, gymnastique rythmique et trampoline. Il encadre ces membres de l'EDF de gymnastique en séances collectives, individuelles et lors de leurs déplacements. Les **gymnastes** ont entre 16 et 20 ans. Nous le citerons sous le code **MKGD** (Gymnastique et Danse). Nous l'avons interviewé pendant 20 minutes, par téléphone lors d'un de ses trajets.

Nous avons clôturé nos entretiens en échangeant avec une MK, ancienne SHN et titulaire de 2 Diplômes d'État en kinésithérapie du sport, d'un certificat de kinésithérapie européen et d'un certificat de thérapie manuelle. Elle prend en soin de manière **intermittente**, lors d'événements sportifs, les Équipes De France (EDF) de **patinage artistique et danse sur glace**. Ces SHN ont entre 14 et 35 ans, elle les rencontre lors de tous les déplacements mandatés par la Fédération Française de sports de Glace, **toutes les 6 semaines environ**, tout au long de la période sportive. Elle estime la part de son activité dédiée au SHN à 20%. Nous nous référerons à elle en tant que MKPA (en lien avec le Patinage Artistique et par extension, avec la danse sur glace). L'entretien a duré 15 minutes et s'est déroulé par appel téléphonique.

Un récapitulatif des modalités d'entretiens réalisés est illustré en tableau III.

Tableau III : Modalités d'entretien

| | MKH | MKB | MKC | MKGD | MKPA |
|--------------------|----------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|-----------|
| Entretien | Visioconférence à domicile | Lieu de travail | Lieu de travail | Téléphone (trajet) | Téléphone |
| Durée (en minutes) | 50 | 45 | 55 | 20 | 15 |

3.2. La conception de la masso-kinésithérapie dans le sport de haut niveau par les kinésithérapeutes

3.2.1. La relation kinésithérapeute-athlète

Lorsque l'on interroge les MK sur leurs relations avec les athlètes, plusieurs idées se dessinent, nous les avons représentées ainsi que leur fréquence à l'aide de la figure 3.

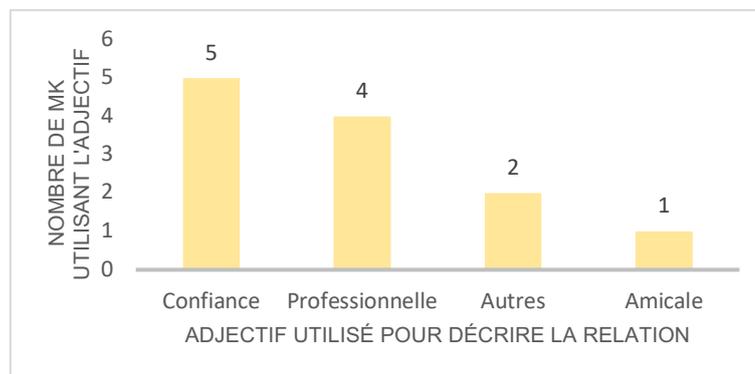


Figure 3 : La relation MK-athlète par les MK

Nous discernons la proximité qu'il y a entre kinésithérapeute et athlète, puisque cinq sur cinq des MK interrogés·es ont évoqué un rôle de confident·e ou ont répondu positivement à la question de relance « *Est-ce que les athlètes se confient à vous ?* ». Le champ lexical relatif à la confiance a été employé vingt-quatre fois au cours des entretiens. **MKPA** et **MKGD** qui n'emploient pas ces termes répondent d'une affirmation sans hésitation à cette question. **MKH**, nous a partagé à plusieurs reprises ce rôle auprès des athlètes qu'il qualifie aussi de « *rôle de tampon* » entre les SHN et le *staff* (P5 L144). Selon lui ce rapport privilégié comme il le qualifie à plusieurs reprises est en partie dû aux moments qu'il peut partager avec les SHN, « *on est proche d'eux, on va passer une heure ou ¾ d'heure de soin, donc c'est, on a un échange qui est important* » (P5 L151). **MKC** consent aussi que le fait d'avoir des moments avec chacun·e favorise les confidences « *CV : est-ce qu'ils se confient à vous, vous demandent des conseils ? - MKC : À bloc, ouais, si y'a une, dans le vélo je me retrouve au minimum 1h30 par jour avec eux.* » (P36 L136). Pour lui aussi la relation MK-athlète est source de confiance et de « *Grosse proximité* » (P36 L153). **MKB** nous confie « *On a une double casquette kiné et psychologue des fois, parce que ce sont des personnes qui ont besoin d'être rassurées très souvent.* » (P17 L95), ce qui est aussi exprimé par **MKC** « *Eux ils sont là en attendant de notre part clairement d'être rassurés.* » (P17 L100). Au fil des entretiens, on

perçoit que dans leur posture de confident·e, les MK ont aussi un rôle d'éducateur·trice, de conseiller·e « *Il pose plein de questions, des fois j'ai l'impression d'avoir une relation un peu paternelle avec lui, il pose des questions, des sujets de la vie qui l'intéressait quoi.* » (**MKC** P36 L151). « *Et notre vision, notre opinion compte beaucoup.* » (**MKH** P5 L150). Finalement, **MKH** nous rapporte que ce sentiment est partagé par de nombreux·ses MK dans le milieu du SHN « *On avait eu une réunion à Paris au comité Olympique et là on était tombé avec tous les kinés des différentes fédérations [...] et on parlait un petit peu de ce rapport privilégié entre l'athlète de haut niveau, le kiné et le reste du staff, c'est un petit peu si vous voulez, l'intermédiaire. Où y'a des choses que l'athlète va vous dire plus à vous, et moins à l'entraîneur.* » (**MKH** P5, L134). Cette posture de confident·e est donc au cœur de la relation MK-athlète.

Ensuite, nous relevons l'importance de garder une certaine distance avec les athlètes, car cette relation, bien que source de confiance et de proximité n'en reste pas moins professionnelle avec des exigences mutuelles entre l'athlète, le·la MK et le *staff*, notamment en termes de soins. Quatre sur cinq des MK interrogés·es expriment l'idée qu'il est nécessaire de mettre une distance avec les athlètes. Le terme professionnel a été employé trois fois et deux sur cinq MK ont décrit leurs relations par « *soignant-soigné* ». Ce sont **MKPA** et **MGD** qui les qualifient de « *professionnelle* » pour **MKPA** et « *soignant-soigné* » pour **MKPA** (P62 L56) et **MKGD** (P53 L85). **MKGD** rajoute qu'il accorde beaucoup d'importance à développer l'autonomie des athlètes dans leur PEC. « *J'essaye au maximum de euh, d'informer les sportifs que je soigne et même les patients en général sur ce qu'ils ont pour qu'ils soient au maximum autonome, et qu'ils puissent avoir une indépendance dans leur carrière, dans leur PEC médicale la plus importante possible.* » (P53 L85). Nous comprenons ici l'importance de se placer de manière professionnelle en tant que soignant·e auprès des athlètes. C'est aussi ce que nous relevons de l'échange avec **MKC**, qui nous rapporte à de nombreuses reprises « *le fait d'être copain c'est pas notre place. On est là, on est des professionnels.* » (P35 L116). Cette posture professionnelle est encore une fois importante pour le·la MK afin de ne pas le·la lui ôter la légitimité de son rôle de soignant·e. **MKB** rejoint cette idée en nous confiant « *C'est professionnel, on essaie de garder une certaine distance, mais c'est assez compliqué.* » (P18 L82). Il nous fait part de la dimension amicale que peut prendre sa relation avec les athlètes « *on a tendance des fois à dévier un peu plus sur le côté amical dans ce milieu-là.* » (P19 L93). Cependant, malgré les difficultés qu'il rencontre à y parvenir, il s'efforce de « *garder toutefois une distance professionnelle, je veux dire, si j'ai des consignes et des conseils, voir des*

obligations à leur donner, ils doivent m'écouter. » (P18 L90) La deuxième idée majeure que nous démontrons ici place le côté professionnel de la relation MK-athlètes au premier plan.

3.2.2. La relation entre kinésithérapeute et le reste du staff

Le *staff* médical et paramédical est composé de professionnels·les de santé plus ou moins nombreux·ses et divers selon les moyens de la structure dans laquelle ils·elles interviennent. Les membres du staff peuvent être présent·es auprès des athlètes tout au long de l'année et/ou sur les compétitions et autres déplacements. Le *staff* permet un accompagnement médical et paramédical des SHN ainsi qu'un accès plus rapide et direct aux soins. Les MK s'inscrivent donc dans cette équipe de soin, et nous cherchons ici à connaître les différentes interactions entre les MK et le reste du *staff*.

Concernant les relations avec le corps médical, **MKGD** et **MKPA** partagent une bonne relation, **MKH** n'y fait pas référence et **MKB** nous indique qu'il n'y a « *pas de médecin du sport attitré.* » (P19 L122). Pour **MKC**, les relations dépendent de l'interlocuteur·trice, et peuvent être bonnes et constructrices comme mauvaises : « *Et y'a des médecins avec qui je me sens très à même de discuter, et d'autres avec qui je me sens pas à même de discuter.* » (P37 L159).

Au sujet des relations avec les autres membres du *staff* :

- **MKC**, **MKH** et **MKGD**, soit la totalité des MK faisant partie d'une équipe de soins avec d'autres MK et/ou ostéopathes affirment être en contact avec et avoir de nombreux échanges, et pour certains avec des groupes de discussions spécifiques.
- Pour **MKPA** et **MKB**, ces échanges n'existent pas. Dans ces deux cas, c'est la taille de la structure qui est mise en cause. **MKPA**, à propos de l'existence ou non d'une équipe médicale/paramédicale « *Heu, pas vraiment, en fait c'est une toute petite structure. On a juste un médecin, et encore, pas souvent.* » (P63 L75). **MKB** « *Bah voilà, encore une fois je n'ai pas de vraie relation avec le staff médical ou paramédical, parce que voilà, il n'y en a pas vraiment en fait. C'est une discipline sportive qui a, qui n'a pas une aura suffisante pour qu'il y ait vraiment un suivi et un staff.* » (P29 L440).
- **MKC** et **MKGD** sont intégrés dans des équipes avec d'autres professionnels·les de santé tels·les que psychologues, diététiciens·nes et nutritionnistes mais ne sont pas en contact avec. « *Et après on a d'autres intervenants qui peuvent être des*

psychologues, diététiciens ... Voilà, mais euh je suis un peu moins en lien avec eux, ces autres professionnels. » (P54 L101)

MKGD affirme être prévenu par le médecin et parfois les entraîneurs des changements de l'état de santé des athlètes qu'il suit : *« Oui oui, oui parce que c'est important, ça impacte leur concentration, leurs performances, donc oui, quand il y a un changement, quand il y a quelqu'un qui va pas bien on est informé oui. » (P54 L106)*. Cependant pour **MKPA** l'information ne vient pas du médecin mes des athlètes eux-mêmes.

3.2.3. La place et les missions du·de la kinésithérapeute dans le sport de haut niveau

Tous nos entretiens ont été réalisés avec des MK, tous·tes travaillant dans le milieu du SHN. Cependant nous avons retrouvé des différences entre les missions de chacun·es. Nous les partageons ici.

Au cours de l'échange avec **MKH**, nous avons compris que ses PEC dépendaient de plusieurs facteurs. Le premier facteur influençant sa pratique est sa fréquence de présence auprès de l'athlète. Intervenant ponctuellement auprès des haltérophiles car éloigné géographiquement, il différencie ses actes de ceux d'un·e MK présent·e au quotidien ; les uns·es *« vont s'occuper des haltérophiles pendant tout le long de l'année » (P4 L94)* et les autres *« les kinés qui vont partir durant les compétitions, qui sont en général ceux qui font les préparations et qui vont suivre tout ça. » (P4 L95)*. Le second facteur qui selon lui influence son action auprès des athlètes est la période de la saison au cours de laquelle il intervient. Tout d'abord lors des compétitions *« Un rôle bien ponctuel de suivi, d'éviter les blessures, et de faire la continuité des soins, si soin il y a. Et après c'est surtout, préserver, faire de la prophylaxie. » (P4 L97)*. Ensuite lors d'accompagnement en stage, *« La règle c'est vraiment : étirement, préparation avant chaque entraînement et ensuite vraiment le soir en règle générale, tous les soins pour ceux qui sont vraiment en soins. » (P3 L86)*. Enfin, l'âge des athlètes qu'il côtoie modifie sa position, il qualifie son rôle au sein du centre de formation de modérateur *« On a quand même un enjeu, vous êtes sur des enfants, sur des adolescents on a un rôle modérateur entre les volontés du club et les volontés des parents. » (P4 L115)*.

Pour **MKB** ses missions auprès des athlètes passent par un « *suivi pour faire des bilans, pour analyser un petit peu leur traumatologie* » (P18 L72). Et pour ceux·celles qui sont blessés·es « *il y a toute la partie traitement qui est faite pour un retour sur le sur le ring assez rapidement, mais en gardant bien entendu toutes les précautions* » (P18 L75). Nous notons qu'il donne une place importante à rassurer les sportifs·ves inquiets·es ainsi qu'à leur fixer des limites lorsque cela est nécessaire « *Donc on essaie de les rassurer après quand le pépin sportif physique est trop important on n'a pas le choix que de leur dire stop c'est sûr.* » (P19 L106).

MKGD met un point d'honneur à rendre les athlètes autonomes et acteurs·trices de leur PEC : « *J'essaye au maximum de euh, d'informer les sportifs que je soigne et même les patients en général sur ce qu'ils ont pour qu'ils soient au maximum autonome, et qu'ils puissent avoir une indépendance dans leur carrière, dans leur PEC médicale la plus importante possible.* » (P53 L86). Il évoque aussi les aspects de prévention des blessures, préparation physique, prise en soin individuelle, de rééducation et de maintien du niveau de forme des athlètes blessés·es

Nous notons que **MKC** nous partage qu'en tant que MK il n'a pas accès à l'entièreté des dossiers médicaux des athlètes qu'il suit, alors que cela lui semble nécessaire. Il nous fait part du siège éjectable sur lequel peuvent se retrouver les MK dans ce milieu « *Vous êtes pas bien en tant que kiné, on vous prend, on vous dégage, et on passe au suivant.* » (P49 L566). Enfin nous notons que MKPA ne s'est pas exprimée sur le sujet.

Nous avons schématisé ces différentes idées des missions du·de la MK dans la PEC de SHN sous forme d'un nuage de mots, afin d'en visualiser leur fréquence d'utilisation par les MK interrogés·es (annexe VIII).

3.3. Les troubles du comportement alimentaire au sein du sport de haut niveau

3.3.1. Balance bénéfique/risques, entre santé de l'athlète et performances

« *Parce que souvent on s'aperçoit qu'on est à la limite de la maltraitance quand même. Quand on parle vraiment du SHN. C'est vraiment particulier.* » (**MKH** P4 L118) Le SHN est un milieu cruel dans lequel plusieurs acteurs·trices semblent inciter les athlètes à se donner corps

et âme dans leur discipline, au détriment de leur santé. C'est une idée que partagent trois sur cinq des MK que nous avons interrogés (**MKH, MKB et MKC**).

« *Au foot, il y a de tels enjeux économiques, que [...] vous devez vous adapter à un système avec des obligations où paradoxalement on est pas dans le bien-être de la personne.* » (**MKH** P4 L105). Pour **MKH** la dimension économique du sport peut prendre le dessus sur la santé des athlètes. Une pression extérieure aux sportifs·ves qui pousserait les résultats au premier plan. C'est une idée que partage **MKC**, qui nous confie que certains médecins fermeraient les yeux sur des problèmes de santé que rencontrent des athlètes, « *Surtout qu'à la fin de la saison vous avez le coureur qui se casse, c'est bon, dans 3 mois il est plus là ! On s'en fout ! *ton ironique** » (P49 L558). « *Ça met en danger la personne. Mais si vous saviez ! Si vous saviez dans le SHN, mais ils en ont rien à foutre de mettre en danger ! C'est un pion qui est acheté, c'est un sandwich, c'est un homme-sandwich là, qui porte un truc qui représente quelque chose pendant un temps donné. On l'essore. Si on en a plus besoin, on balance, c'est comme ça ! C'est le milieu du sport !* » (**MKC** P49 L562).

Quelques fois, la pression peut venir des parents de l'athlète. C'est ce que nous pouvons apprécier en écoutant **MKH**, notamment quand il nous partage sa rencontre avec un jeune athlète qui venait pour une énième entorse de cheville avec ses parents : « *et ses parents ils disaient [...] « il faut que tu y ailles, il faut que tu forces ». Et ce gosse, il me regardait en me disant « fais quelque chose euh j'en peux plus.* ». C'est ça si vous voulez, c'est qu'au bout d'un moment, la limite c'est jusqu'où on peut aller pour le bien de tous, ou pour son bien à lui en disant « ben voilà, c'est pas bien ce qu'il fait mais il va arriver à son but ». » (P9 L274)

D'autres fois la pression vient de l'athlète lui-même, « *Ils sont prêts à tout, même à martyriser leur corps juste avant la compétition.* » (**MKB** P22 L198). Une idée partagée par **MKH** « *Ils avaient fait y'a une quinzaine d'années, un questionnaire à l'INSEP. Ils avaient posé une question, c'est des sportifs qui devaient avoir entre 17 et 22/23 ans. Ils avaient dit : « on vous donne un médicament » donc du dopage, « vous le prenez, vous être sûr d'être médaillé d'or aux jeux olympiques qui suivent, mais vous allez succomber dans les 3 ans qui suivent ». Ils ont eu pour résultats 40%. Quarante pourcents c'est énorme, de cette catégorie-là qui prennent la pilule.* » (P10 L292).

3.3.2. L'impact du sport de haut niveau sur le développement de troubles du comportement alimentaire

« *Les grimpeurs doivent être légers* » (MKC P42 L323)

D'après 100% des MK que nous avons interrogés·es, certains aspects du SHN créent un climat propice au développement de TCA. Plusieurs facteurs se dessinent dans les récits que nous avons recueillis, nous en avons ressorti quatre.

Premièrement, et d'après **MKB** et **MKH** l'existence de catégories de poids dans certaines disciplines, favorise la perturbation des comportements alimentaires, ce qui majore le risque de développer un TCA par la suite. « *En boxe française, et dans n'importe quel sport de combat et d'opposition, tu le sais bien il y a des catégories de poids. Si tu t'inscris en septembre dans une catégorie de poids, en juin tu dois y rester. C'est pour toute l'année, tu vas signer pour rentrer dans une catégorie.* » (MKB P21 L166). En effet, la catégorie de poids dans laquelle s'inscrivent les athlètes ne peut varier au cours de la saison. Peu importe les événements de leur vie durant cette période, leur poids ne doit pas varier. Mais voilà, ça n'est pas une chose facile, et certains·es rencontrent des difficultés. Il arrive donc que des athlètes arrivent à proximité de la compétition avec un surpoids. Ne voulant pas renoncer à concourir, ils·elles usent alors de tous les moyens pour perdre du poids, cela menant à des comportements nocifs : « *Arrivé au moment de compétition, ils vont complètement arrêter de manger, mettre des tee-shirts de sudation [...] pour les entraînements et se sécher totalement pour arriver à l'échéance sur la balance au bon poids. On est d'accord que c'est absolument dramatique.* » (P21 L177).

L'esthétisme, au cœur de certaines disciplines, peut aussi pousser les athlètes à avoir des comportements alimentaires pathologiques pour modifier leur morphologie. « *Il faut se dire que dans la fédération d'haltérophile, vous avez la force vive, vous avez le culturisme, donc y'a vraiment ce culte du corps.* » (MKH P7 L204). « *Donc cette gestion du corps est particulière, et leur vision du corps est particulière.* » (MKH P8 L240). Dans ces disciplines, les jugements sont tant sur la qualité de la prestation que sur l'esthétisme. Être jugés·es sur leur apparence pousse les athlètes à adopter de mauvais comportements alimentaires : « *y'a une réelle nécessité d'avoir un poids de forme assez stable, euh, avec des codes esthétiques* » (MKGD P60 L266), « *Et le sport de haut niveau, surtout un sport esthétique, peut-être un élément déclencheur.* » (MKPA P68 L231).

Pour **MKC** et **MKPA** il y a une idée selon laquelle dans certains sports, pour performer il faut maintenir un poids corporel bas. « [...] notamment toutes celles qui font du couple etc., quand tu dois voltiger tu peux pas avoir un kilo de trop. Sinon ça finit mal, donc heu, le poids c'est quelque chose qui chez nous, c'est la référence. » (**MKPA** P68 L220). Dans le cyclisme, ces athlètes d'endurance veulent se rapprocher d'un rapport poids-puissance le plus optimal. Ils·elles cherchent à être les plus légers·es, donnant lieu à des comportements préjudiciables pour leur santé. « [...] la volonté d'avoir le meilleur euh, un poids faible dans le but d'avoir un rapport poids puissance qui soit important. » (**MKC** P41 L14).

Enfin les mesures fréquentes du poids ou de la masse grasse peuvent influencer de mauvais comportements alimentaires. « [...] le poids c'est quelque chose qui chez nous, c'est la référence. » (**MKPA** P68 L221). « Nous dans le vélo, les plis de peau sont mesurés régulièrement hein. Il faut un pli de peau qui soit, y'a un seuil de pli de peau au-dessus duquel, faut fin, faut pas passer. Y'a des plis de peau en dessous desquels ça commence à devenir menaçant, mais ça pose beaucoup moins de problèmes. Vous êtes beaucoup moins, ça pose beaucoup moins problème dans l'esprit hein, d'avoir un pli de peau trop bas que trop haut. C'est une, un pli de peau trop bas c'est une catastrophe, qui est peut-être plus, enfin pour moi, qui est plus grave qu'un pli de peau trop haut. Et donc y'a cette pression, y'a cette pression du pli de peau. » (**MKC** P40 L285).

Paradoxalement aucun MK ne rapporte avoir rencontré des SHN souffrant de TCA de forme très évoluée. C'est aussi le deuxième aspect du rapport poids-puissance dans les sports d'endurance, en dessous d'un certain pourcentage de masse musculaire, donc d'un certain poids, les coureurs n'ont plus suffisamment de puissance. « Mais y'a deux types euh, de profils que j'ai pu voir passer. Le type euh plutôt un profil boulimique [...] Et euh, après des profils, je sais pas si on peut dire anorexiques, mais pseudo-anorexiques. » (**MKC** P39 L232). « Après [...] on est quand même dans un milieu euh très encadré. Donc vraiment si y'avait des gros gros troubles, je pense pas qu'on puisse être un super athlète en ayant des gros problèmes alimentaires. » (**MKH** P11 L336). « Parce qu'on en était pas, euh, on est justement pas arrivé à une situation où euh, le retrait de la compétition ou d'un spectacle s'est produit. » (**MKGD** P49 L251).

3.3.3. La difficulté de définir les troubles du comportement alimentaire et la place de la société

Pour **MKH**, il est difficile de définir les TCA, de poser une limite à partir de laquelle un mauvais comportement alimentaire passager peut être considéré comme un TCA. Pour lui, la difficulté réside dans la notion de normalité, propre à chacun·ne. Quand nous lui demandons de nous partager ses connaissances sur les TCA, il se réfère huit fois au champ lexical de la difficulté à les définir. « *Les limites elles sont un petit peu, c'est encore plus un problème on va dire sociétal, un problème un peu philosophique qu'autre chose. C'est cette notion de normalité* » (**MKH** P8 L234). Les contours de la définition des TCA sont aussi flous pour **MKGD**. Au cours de l'entretien, il se réfère à nous pour confronter sa définition des TCA. « *Après peut être que je me trompe, peut être que dans la définition que vous avez, les TCA ne concernent que des troubles d'origine plus psychologique et euh ...* » (P56 L165). **MKC** se réfère plusieurs fois à la place de la société dans cette problématique, en l'écoutant, nous comprenons que par ce qu'il a vu dans le milieu du SHN, les TCA sont banalisés. « *Les TCA c'est banalisé, c'est banalisé autant qu'une fille qui fait du SHN en endurance, c'est normal qu'elle ait des problèmes de dysménorrhée ou d'aménorrhée. C'est normal, on s'en bat les c*uilles ! C'est normal et c'est comme ça !* » (P50 L592).

3.3.4. La place des parents chez les athlètes mineurs·es

Lorsque les athlètes sont mineurs·es, la situation peut être plus compliquée. Comme nous le disions précédemment, nous avons perçu dans le récit de **MKH** une pression supplémentaire de la part des parents de l'athlète pour le pousser à se dépasser. Pour **MKPA**, l'implication des parents chez les athlètes mineurs·es peut aussi compliquer les choses « *Disons que quand les athlètes sont majeurs c'est à lui de se prendre en charge. Quand il faut passer par les parents c'est plus compliqué, parce qu'il peut y avoir un déni des parents qui n'ont pas envie de voir les choses.* » (P66 L148).

3.3.5. « Une maladie du secret »

« *Et elles savent très bien donner l'illusion, quand t'es à table avec elles heu, c'est des vraies magiciennes.* » (**MKPA** P68 L210)

Quatre MK interrogés·es ont exprimé spontanément la discrétion de ces troubles, que cela soit de manière verbale ou physique, on ressort une volonté de masquer les TCA et leurs répercussions morphologiques. « *Si y'avait un truc spécifique oui ça serait la difficulté à se déshabiller oui. Toujours essayer de cacher, du coton dans le soutien-gorge, fin ...* » (**MKPA** P66 L166). **MKGD** confirme le secret qui peut régner autour de ces troubles « *ce sont souvent des sujets qui sont tabous* » (P58 L212). Pour **MKH**, ce n'est pas un sujet tabou, mais il nous parle quand même du silence des athlètes sur leurs troubles « *ils vont pas arriver en vous voyant et vous dire « voilà je me fais vomir après tous les repas parce que je dois perdre 2 kilos ». Non, c'est pas ça, [...] ça se dit pas.* » (P12 L383). C'est aussi ce que partage **MKC** à propos des personnes au profil boulimique « *Mais ça après, ils vous en parlent pas, vous le découvrez en fait.* » (P39 L235)

3.4. L'expérience des kinésithérapeutes vis-à-vis des troubles du comportement alimentaire dans le milieu du sport de haut niveau

3.4.1. Les connaissances des masseur-kinésithérapeutes sur les troubles du comportement alimentaire dans le milieu du sport de haut niveau

Au cours de quatre entretiens sur cinq, les MK (**MKC**, **MKH**, **MKGD**, **MKPA**) nous ont cité l'anorexie et la boulimie, avec une idée globale de « *troubles classiques* » (**MKH** P7 L213), « *les images d'Épinal* » (**MKC** P40 L267). Deux sur cinq MK nous ont parlé de l'orthorexie (**MKGD** et **MKPA**). **MKPA**, **MKGD** et **MKC** s'accordent sur le fait que les TCA n'arrivent pas sans raison, et ont des origines profondes chez les athlètes qui les développent, « *ça n'arrive pas par hasard.* » (**MKC** P44 L404), « *Mais de ce que j'observe j'ai l'impression que l'anorexie c'est un peu en toi et y'a quelque chose qui un jour, fait que ça se déclenche.* » (**MKPA** P68 L229). « *Heu, un TCA sous-tend en fait un problème beaucoup plus profond.* » (**MKGD** P59 L249).

Une seule personne interrogée, **MKPA**, évoque que les TCA ne doivent pas être abordés d'une manière différente entre les SHN et les autres personnes, elle considère qu'il n'y a pas de différence. « *Euh ... Pour moi ils ne sont pas spécifiques au sport. Pour moi les TCA c'est, enfin c'est les mêmes chez une ado lambda que chez une sportive.* » (P64 L87).

3.4.2. Les signes précurseurs et éléments propices au développement des troubles du comportement alimentaire

Les MK nous ont partagé plusieurs signes qui les alertent sur la probable présence d'un trouble alimentaire. Pour deux sur cinq MK ce sont des signes psychologiques, notamment un mal-être ou un « *problème psychologique* ». **MKH** nous confie ne pas connaître d'autres signes, mais surtout être plus vigilant quand le comportement des athlètes ne correspond pas à sa « *normalité* ». Pour **MKC** aussi ce sont des signes psychologiques qui l'amènent à se questionner, nous en relevons plusieurs : perte de confiance en soi, mal-être, manque de sécurité émotionnelle ou affective, désarroi ou encore image de soi dégradée. Nous rappelons que **MKH** avait, plus tôt dans son discours évoqué la vision déformée qu'ont les haltérophiles de leur corps. **MKC** est également plus vigilant quand les athlètes ont certaines volontés, comme celle d'un « *poids faible* » ou de « *résultats hauts* » ou rencontrent certains événements comme une pression élevée, des accidents de la vie ou une diminution des résultats. **MKB** lui aussi surveille de plus près les athlètes qui connaissent une perte de performances : « *Perte de performance pendant les entraînements Les mecs qui sont capables de te faire des super séances, on va dire un mois avant la compétition parce qu'ils sont bien alimentés [...] Et quand on arrive aux séances plus rapprochées de la compétition, ils sont souvent dénutris et fatigués. Ils ne finissent même pas la séance, y'en a qui vont aux toilettes pour aller vomir, on se dit : « c'est clair qu'il y a un problème. »* (P23 L227). **MKGD** nous partage être particulièrement attentif à un amaigrissement, les apparitions de douleurs ou de mauvaise récupération et la perte des règles. Enfin, pour **MKPA** il n'y a pas de signes avant-coureurs d'un TCA « *Ils sont pas avant. On peut pas dire avant-coureurs* » (P64 L105). Cependant, elle évoque qu'une mauvaise entente parentale pourrait se répercuter par des TCA chez les athlètes.

3.4.3. L'expression de ces troubles par le prisme des kinésithérapeutes

Un trouble de l'alimentation majore le risque de blessure. C'est le constat dont nous font part **MKB** et **MKGD**. Chacun, par son expérience a pu l'observer. « *la survenue de tendinites, enfin de tendinopathies, euh les problèmes de récupération, tout ça c'est extrêmement en lien avec l'alimentation.* » (**MKGD** P55 L142). « *Donc ça va se traduire sur des pathologies tendineuses, assez souvent euh, des risques de euh fragilité osseuse, de la fatigue, de l'inattention, qui peut entrainer aussi tout ce qui est type entorse, luxation, toutes*

des choses comme ça. Parce que ton corps n'est plus en état alerte maximale » (**MKB** P28 L395). **MKB** et **MKC** ont tous deux fait l'expérience de troubles alimentaires s'exprimant par des vomissements. Par exemple à l'approche des compétitions car certains·es boxeurs·ses ayant pris du poids doivent rapidement en perdre pour pouvoir concourir « *Et quand on arrive aux séances plus rapprochées de la compétition, ils sont souvent dénutris et fatigués. Ils ne finissent même pas la séance, y'en a qui vont aux toilettes pour aller vomir, on se dit : « c'est clair qu'il y a un problème. » »* » (**MKB** P23 L231). Il stipule aussi une perte de performances, qui découle elle aussi de la sous-alimentation. Pour **MKPA**, les TCA s'expriment par une modification morphologique, comme dans le cas de l'AM, un amaigrissement bien spécifique. « *Et après y'a quand même des grosses particularités physiques, notamment au niveau des bras. Moi c'est souvent les bras qui m'alertent, parce que chez les anorexiques, t'as presque une dépression au niveau du biceps et du triceps. »* » (P64 L107).

MKGD notifie une différence d'expression des TCA entre les hommes et les femmes, dans les milieux de la gymnastique et de la danse. Chez les hommes les perturbations de l'alimentation viennent plutôt de problèmes d'hygiène de vie, avec des excès alimentaires, notamment de la *junk food*, ce que constate aussi **MKB**. D'après **MKGD** chez les hommes « *Non, il n'y a pas une recherche, nécessité de euh, de perte de poids. »* (P55 L150), alors que chez les femmes c'est différent. Lorsque nous lui demandons s'il constate les mêmes troubles de récupération et prédisposition plus importante aux blessures, il nous répond : « *Oui oui, bien sûr, sauf qu'on a d'autres problèmes plus graves que ça en termes de santé mentale »* (P56 L153).

3.4.4. La posture des kinésithérapeutes dans la prise en charge des athlètes souffrant de troubles du comportement alimentaire

Nous pouvons ressortir des entretiens trois grandes manières de se placer face à la problématique des TCA dans le monde du SHN.

Premièrement c'est un constat fixe, ça n'est pas le rôle des MK, chacun doit rester à sa place. Pour **MKPA**, prendre en charge les TCA n'est pas son métier. Pas moins de vingt fois au cours de l'entretien, elle a exprimé que la PEC des TCA ne concernait pas les MK, « *c'est une maladie grave, qui ne relève pas de nos compétences. »* (P66 L144). Elle se place donc de manière externe à cette problématique. Or dans son discours nous relevons plusieurs

éléments qui vont à l'encontre de cette idée. À plusieurs reprises, elle nous communique : « *C'est indispensable que j'alerte, c'est indispensable que je sois disponible, mais c'est pas à moi de la soigner, c'est pas mon métier.* » (P66 L155). Elle surveille les signaux d'alerte qu'elle connaît et rencontre régulièrement, et a un rôle d'alerte et de prévention. De cette manière elle se place au cœur de la prise en charge des TCA, en les détectant, transmettant ces informations au corps médical et offrant un soutien aux athlètes. De plus, nous notons l'emploi du verbe « alerter », renvoyant à l'urgence de la situation et l'importance de sa révélation. Enfin, elle nous partage surveiller la morphologie des athlètes tout en « *restant dans l'ombre* » (P68 L245), ce qui renforce notre sentiment selon lequel elle ne réalise pas être au cœur de cette problématique. **MKH** partage aussi l'idée que cette PEC ne le concerne pas : « *Pour le SHN, c'est pas mon rôle, chacun a sa place* » (P14 L434). Finalement, plus tard dans l'entretien, **MKH** nous confie que le-la MK peut avoir un rôle à jouer dans cette problématique, mais que cela dépend de deux choses : la proximité qu'il-elle a avec les athlètes (en ayant seulement un suivi ponctuel il ne se sent pas en « *première instance* » dans la détection des TCA) et la volonté du corps médical. Il a déjà détecté et transmis des signes qui lui semblaient inquiétants, mais sans suite. « *Donc comme je vous dis, y'a des fois où vous allez vraiment avoir l'impression que votre rôle, que votre voix, que votre position peut amener quelque chose. D'autres fois, vous êtes juste un instrument et vous suivez. Vous, vous avez fait votre job parce que vous l'avez signalé [...]* » (P11 L356). Dans le cas de **MKPA** aussi nous retrouvons cette position du médecin « *le médecin me fait comprendre aussi que chacun son job.* » (P66 L172). Finalement, ces deux MK qui ne se disent pas concerné·es par la PEC des TCA le sont en réalité.

Deuxièmement, une vision plus mitigée : cela peut être du ressort du·de la MK aussi bien que ça peut ne pas le·la concerner. C'est en partie l'avis de **MKH** que nous partageons précédemment et c'est aussi l'avis de **MKC**. Pour lui, c'est plutôt une question de liberté qu'on lui laisse. Tout dépend de ce que le corps médical, qu'il décrit « *au-dessus* » de lui, lui laisse prendre comme aisance. « *Le problème c'est que pour avertir il faut avoir toubib qui soit euh réactif et conscient de la problématique. Et euh c'est pas toujours le cas, et là du coup en fait on a l'impression d'essayer de faire quelque chose mais d'être devant un mur quoi.* » (P43 L360). Il garde tout de même une place dans cette PEC en recherchant les signes et en prenant le temps de dialoguer et d'écouter les athlètes.

Enfin, tout ça fait partie de notre métier, les MK sont entièrement intégrés·es à la PEC des TCA chez les athlètes. Tout au long de son discours à ce sujet, **MKB** a utilisé le pronom « on » : « Et là **on** est embêté, très embêté. **On** travaille là-dessus, sur ce problème-là d'alimentation [...] » (P23 L235), « Donc là **on** est embêté. Là **on** sait déjà que c'est euh problématique, qu'**on** a même loupé le coche. » (P22 L217), ce qui nous montre qu'il est pleinement concerné par la problématique. Ses autres propos ne font que confirmer sa position d'acteur dans la PEC de ces troubles. « Moi mon rôle, ça va être déceler comme tu dis leur dénutrition, leur mauvais comportement alimentaire et je vais les conseiller du mieux possible en termes alimentaires. » (P25 L295). **MKB** se place aussi en éducateur, il nous partage plusieurs moments où il a vivement encouragé des athlètes à s'arrêter pour ne pas se mettre plus en danger lorsque leurs apports alimentaires étaient trop faibles, notamment à l'approche des compétitions : « « je ne me suis pas bien alimenté, tous les soirs je prends un bain bouillant plus là je porte ma tenue de sudation mais t'inquiète je serai au poids », moi je dis « c'est niet. Tu ne t'entraînes pas. » Parce que là ça va le mettre en danger. » (P24 L261). Dans les cas les plus préoccupants, cela peut même conduire au retrait d'une compétition « Sinon quand c'est vraiment très grave ; malaises, blessures (ils peuvent se blesser à l'entraînement suite à un mauvais comportement alimentaire) bah c'est terminé. C'est terminé, y'aura pas de compétition. » (P25 L302). **MKGD** lui aussi, reconnaît l'intérêt de cette posture éducative, qui permet aux athlètes d'être plus autonomes et d'avoir une forte indépendance dans leur carrière et leur PEC. Il se place lui aussi en acteur dans la lutte contre les TCA, qu'il a déjà décelé à plusieurs reprises « c'est moi qui le décèle » (P58 L220). Lorsque la discussion est possible, il échange avec les athlètes à ce sujet et réoriente si besoin. Selon **MKB** et **MKGD**, le.la MK a toute sa place dans la PEC de ces troubles, notamment en les décelant, et en informant le corps médical puis en aidant, conseillant et dialoguant avec les athlètes. Nous avons représenté les différentes postures que prennent les MK avec les athlètes dans la figure 4.

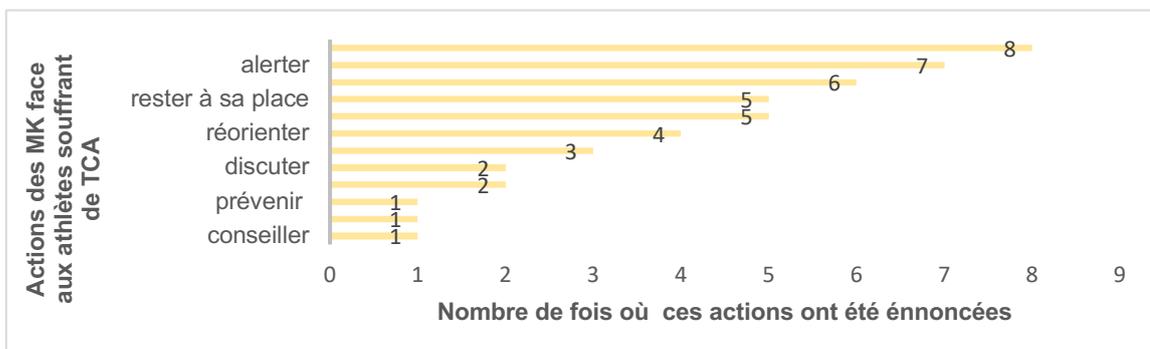


Figure 4 : Champs lexicaux des actions des MK envers les athlètes souffrant de TCA

Nous notons ici que certains mots utilisés par les MK ont été remplacés par un synonyme pour permettre une plus grande représentativité. Cependant, pour chaque nuance plus importante, nous avons gardé le mot employé par le·la MK.

Finalement, tous·tes s'accordent sur l'importance d'être attentif·ve aux signes d'alerte des TCA et d'être disponible et à l'écoute des personnes en souffrant.

- **5/5** sont attentifs·ves aux signes, les recherchent et les surveillent.
- **5/5** prennent le temps d'écouter et d'échanger sur le sujet s'ils·elles en ont la possibilité par l'athlète.
- **5/5** ont déjà décelé ces signes chez un·e ou plusieurs athlètes :
 - **2/5 (MKGD et MKPA)** réorientent avec succès vers le corps médical.
 - **1/5 (MKB)** aide lui-même les athlètes lorsqu'il en a les compétences et réoriente si les troubles prennent une forme grave.
 - **2/5 (MKH et MKC)** ont réorienté vers le corps médical qui n'a pas donné suite.

3.4.5. La relation avec les athlètes souffrant de troubles du comportement alimentaire

Les athlètes souffrant de TCA ont besoin de se confier. Comme nous l'avons exprimé plus tôt, ces troubles ont très souvent une origine profonde et psychologique, comme un mal-être ou un manque de confiance en soi. Le·la MK par son rapport privilégié avec l'athlète peut se placer en écoute des sportifs·ves, notamment de ceux·celles touchés·es par des TCA. Nous trouvons ici une première particularité dans la PEC d'athlètes ayant des TCA, que nous exprimant **MKB** et **MKGD** qui accordent une grande place à l'écoute. « *Une personne qui a des TCA ne va pas présenter les mêmes problèmes physiologiques qu'une personne qui n'en a pas, donc la kiné ne sera pas la même.* » (**MKB** P30 L449) « *ils ont plus d'inquiétudes* » (**MKB** P29 L414). « *Ça peut être un, quelque chose qui est mal vécu et pour lequel ils n'ont pas d'interlocuteur. Donc parfois, en séance de kiné on peut être heu, on peut avoir un échange un peu particulier et bienveillant, et faire émerger ce genre de discussion.* » (**MKGD** P58 L229). Pour **MKGD**, lorsque c'est possible, en parler est aussi une manière de renforcer la relation MK/athlète et la PEC du trouble « *Donc à partir du moment où vous avez une relation de confiance, vous avez une adhésion au traitement, et comme ça va avec ce type de discussion, c'est assez vertueux dans le même sens.* » (P59 L235).

Un deuxième point que nous notons est l'adaptation des exigences en fonction de l'état de santé des athlètes. Ce sont **MKB** et **MKGD** qui nous en font part : « *Donc il est évident que mes séances, euh de prépa physique ou de réathlétisation ou même de kiné quand on met en place certains parcours euh, vont être beaucoup plus surveillées et un peu plus adaptées aussi. Pour éviter euh, ben qu'ils se retrouvent dans des situations de blessures à l'entraînement.* » (**MKB** P28 L400). « *je suis vigilant à la charge de travail quand la ration alimentaire est insuffisante.* » (**MKGD** P58 L210).

Bien qu'il paraisse indispensable pour **MKB** et **MKGD** d'adapter leurs séances, **MKPA** nous confie qu'elle ne ressent aucune différence entre les séances d'athlètes ayant ou non des TCA.

3.5. Ouverture

3.5.1. Avis des kinésithérapeutes sur leurs connaissances sur le sujet

Deux MK sur cinq pensent ne pas avoir suffisamment de connaissances sur le sujet, **MKH** ne se sent donc pas apte à participer aux réunions concernant la nutrition des athlètes et la prévention des TCA. Au contraire, **MKC** tire profit de son expérience dans le monde du SHN pour être attentif à la problématique des TCA, « *Parce que je pense que j'ai assez de bouteille pour faire gaffe sans que je sois formé.* » (P43 L356). **MKGD** et **MKPA** ne ressentent pas de manque d'information sur le sujet, ces deux MK confirment l'abord du sujet dans leurs formations respectives. Pour **MKGD**, le fait de soigner des athlètes évoluant dans disciplines esthétiques renforce le besoin d'être opérationnel sur le sujet. « *j'ai lu des choses là-dessus. D'autant que la gymnastique et la danse, c'est deux disciplines avec des recherches esthétiques, sur des corps qui sont en croissance donc avec des troubles qui peuvent apparaître, notamment chez la fille, chez la jeune fille, voilà. Donc oui oui, ça fait partie des alertes que j'ai voilà.* » (P55 L122).

3.5.2. Nécessité de se former et de former les autres à la problématique des troubles du comportement alimentaire dans le sport de haut niveau

À la question « *Est-ce que vous-aimeriez mettre des choses en place pour améliorer les connaissances des MK sur les TCA et les PEC des patients-es ?* » **MKC** nous renvoie au problème que pose selon lui la société actuelle qui banalise ces troubles. **MKH** pense que l'échange entre les différents membres du *staff* et la détection la plus précoce possible des TCA est le meilleur moyen d'améliorer les PEC. Pour **MKPA** il faudrait alerter les différents professionnels·les de santé pour que chacun·e puisse être attentif·ve. « *C'est plus alerter les professionnels sur le fait d'avoir tout le temps l'œil, sur un changement de morphologie.* » (P68 L207). Pour **MKB** et **MKGD** une meilleure PEC des TCA nécessite la formation de tous·tes les professionnels·les de santé sur le sujet. Chacun à leur manière, grâce à leurs activités professionnelles, comptent initier cette formation. **MKB** par ses interventions au cours de la formation professionnelle des éducateurs·trices sportifs·ves et entraîneurs·es : « *ça me donne l'idée de peut-être rajouter euh, au moins une diapo ou deux sur les TCA. Donc c'est aussi très important je pense, de sensibiliser tout le tout euh du milieu sportif, et peut-être que eux ensuite se rendront compte que c'est important d'adapter leur séance en fonction de cette pathologie, si on peut appeler ça une pathologie.* » (P30 L463). **MKGD** compte aborder le sujet dans les colloques médicaux de la fédération Française de gymnastique.

Pour plusieurs MK, il est nécessaire d'aborder le sujet des TCA au cours de la formation initiale MK afin que le plus grand nombre soit sensibilisé à cette problématique et arrive sur le terrain avec des connaissances. Plus nous serons nombreux·ses à en être conscients·es, plus nous serons efficaces pour lutter contre ces troubles.

3.5.3. Place du·de la kinésithérapeute dans l'accompagnement de sportifs·ves non haut niveau souffrant de troubles du comportement alimentaire

MKC et **MKH** sont unanimes. Lorsque la personne souffrant de TCA n'est pas prise en charge dans un contexte de SHN, ils ont plus de libertés dans leur exercice à ce sujet. Pour **MKH** cela vient du fait que ces personnes sont moins encadrées, ce qui lui laisse prendre plusieurs rôles. « *Après pour le sportif lambda [...] Là oui, y'a un truc intéressant parce que vous allez être, votre rôle de kiné, vous allez être préparateur sportif, vous allez tout faire en même temps, donc là, vous allez faire le médecin du sport, vous faites tout un petit peu. Donc*

là vous allez avoir un truc intéressant, de peut-être de première instance. » (P14 L444). Pour MK c'est l'autonomie qu'il a dans son activité libérale qui lui permet de mettre diverses choses en place pour les patients·es qu'il rencontre « Après c'est sûr que j'ai plus de liberté. » (P47 L490).

4. DISCUSSION

L'objectif de notre étude est de comprendre la place que les MK occupent dans l'accompagnement de sportifs·ves de haut niveau présentant des troubles du comportement alimentaire. Nous voulons savoir dans quelles mesures la kinésithérapie s'inscrit dans la prise en charge de ces athlètes en souffrance.

Des entretiens que nous avons menés, nous ressortons plusieurs points essentiels que nous détaillerons ici en tentant d'approcher une analyse interprétative la plus juste possible. Nous chercherons aussi à discuter de notre enquête, de ses limites et des conclusions que nous pouvons en tirer.

4.1. Interprétation des résultats

Nous tirons de nos entretiens certaines idées fortes. La première selon laquelle le·la MK joue un rôle particulier dans l'accompagnement de l'athlète. Tous·tes s'accordent sur la place de confident·e qu'ils·elles tirent de leur proximité avec les SHN. Certains·es ont su développer une posture éducative et d'autres font preuve d'une qualité d'écoute. Cependant ils·elles restent vigilants·es dans leur posture et conscients·es de la distance à garder. Car même s'ils·elles ont un rapport privilégié avec les athlètes, notamment grâce aux séances de soin individuelles, créant des moments d'échange et d'intimité, ils·elles n'en restent pas moins des rééducateurs·trices, des acteurs·trices du soin intégrés·es dans une équipe pluridisciplinaire. Cette place de soignant·e auprès de l'athlète et au sein du *staff* est au centre de leurs missions dans le SHN, c'est un deuxième point majeur de notre étude. Les MK par leur place au sein de l'équipe de soin et leur proximité avec les SHN occupent une place centrale. Tout au long de leur suivi des athlètes, ils·elles peuvent être témoins de la difficulté du milieu du sport poussé à l'extrême, tirillés·es entre les exigences des uns·es et la santé des autres. Quelle place prendre alors ? Aucune pour certains·es, une place capitale pour d'autres. Nous avons dialogué avec des MK qui se placent au cœur de la problématique des

TCA, et d'autres qui expriment que ça n'est pas leur rôle et que cette PEC ne fait pas partie des compétences MK. Parfois les propos sont plus nuancés en admettant qu'en certaines conditions ils-elles ont une place à jouer et qu'en d'autres on ne leur laisse pas. Tous.tes conviennent qu'il est de leur devoir d'être attentif·ve aux signaux d'alerte des TCA et d'être disponible pour les athlètes.

Nous allons revoir ces points en détails pour les approfondir et les discuter, en nous appuyant sur les données issues des entretiens et de la littérature.

4.1.1. La masso-kinésithérapie dans le sport de haut niveau

Nous ressortons de nos résultats que la totalité des MK interrogée a un rôle de confiance auprès des athlètes. Tous.tes évoquent le fait que les sportifs.ves leur demandent des conseils, **MKB** nous exprime de nombreuses fois leur besoin d'être rassurés·es. Cette relation peut parfois prendre un aspect paternel, avec des sportifs.ves soucieux·ses de l'opinion de leur MK.

MKC nous répète à plusieurs reprises qu'il ne considère pas les athlètes comme des « *copains* », cela ne l'empêchant pas d'avoir des moments de sympathie avec elles·eux, mais il insiste sur le fait que sa relation avec est loin d'être du « *copinage* ». **MKPA** et **MKGD** qualifient leur relation avec les SHN de « *professionnelle* ». Au contraire, **MKB** est le seul à nous évoquer le côté amical de la relation. Étant ancien SHN, issu du club dans lequel il intervient en tant que MK ainsi qu'entraîneur sportif et continuant à y boxer, nous pouvons imaginer que cela influence sa relation avec les athlètes. Deux autres MK ont aussi un passif de SHN, mais nous n'avons pas retrouvé dans leur témoignages cette relation amicale avec les athlètes. Notamment **MKPA**, qui connaît le milieu du SHN de l'intérieur et qui définit sa relation avec les athlètes par « *professionnelle* ».

C'est donc en alliant proximité et soins que les kinésithérapeutes se placent auprès des athlètes. Entre confidences et exigences mutuelles ils-elles jouissent d'une place de soignant·e et de moments privilégiés avec les athlètes, et sont au cœur des relations entre les sportifs.ves et le *staff*.

Concernant les relations des MK au sein du *staff*, nous pouvons noter une grande hétérogénéité des données. Ces relations entre plusieurs acteurs·trices autour des athlètes sont dépendantes des volontés de chacun·e. De celle des MK de communiquer avec les autres professionnels·les de santé d'une part, et de la volonté des autres membres du *staff* d'échanger avec les MK d'autre part. De plus cela n'est possible que lorsque la structure dans laquelle ces MK travaillent a les capacités d'avoir un *staff* pluridisciplinaire et par conséquent lorsque la PEC des athlètes peut être pluridisciplinaire. Au vu du peu de données que nous avons et des nombreuses différences entre les témoignages sur les relations entre les MK et le *staff* nous ne pouvons tirer de conclusions significatives à ce sujet. Nous pouvons cependant souligner le fait que la totalité des MK intégrée dans un *staff* comportant d'autres MK et/ou ostéopathes est en lien avec et qu'aucun·ne n'a stipulé être en lien avec les autres professionnels·les paramédicaux·cales.

Nous pouvons relever des missions différentes entre les MK que nous avons rencontrés·es. Les différences viennent principalement du fait de leurs modes d'exercice. Entre MK suivant régulièrement les athlètes et ceux·celles les rencontrant de manière ponctuelle les rôles ne semblent pas être les mêmes. Nous notons que **MKB** et **MKGD** sont les deux seuls MK que nous avons interrogés à avoir un suivi régulier et pluri-hebdomadaire des athlètes. Nous pouvons observer des similitudes entre leurs témoignages. En effet ce sont les seuls qui incluent une dimension éducative dans leur PEC. Nous ne parlons pas ici de l'écoute que tous·tes proposent aux athlètes mais plutôt d'attentes ou de limites lorsque les conditions physiques des athlètes ne leur permettent pas de s'entraîner en toute sécurité. Cependant, nous pouvons noter plusieurs thèmes qui reviennent entre les discours de tous·tes les MK, indépendamment de leur mode d'exercice. Premièrement le thème des soins, avec la « *prise en charge individuelle* » des athlètes, la continuité des soins lorsque les MK accompagnent les déplacements, **MKH** : « *mon job moi, c'est de remettre un petit peu à zéro le corps pour qu'il soit performant le lendemain matin* » (P12 L372). Ensuite, la thématique de l'activité physique revient régulièrement, avec la « *préparation physique* » et le « *maintien du niveau de forme* » d'un côté, la « *réathlétisation* » et leur permettre de « *revenir en meilleure forme* » d'un autre. Puis la prévention des blessures est aussi citée plusieurs fois, ainsi que la prophylaxie, « *éviter les blessures* » et « *préserver* ». Enfin, nous pouvons relier dans les discours des MK, les termes « *informer* », « *rassurer* », « *inquiétudes* », « *blessures* », « *bobos* », et « *bobologie* ». Nous associons donc aux missions des MK intervenant auprès d'athlètes de haut niveau, les soins MK, la préparation physique lorsqu'il n'y a pas de

préparateur·trice physique, la réathlétisation, la prévention des blessures et leur traitement lorsque cela relève de leurs compétences.

4.1.2. Les troubles du comportement alimentaire au sein du sport de haut niveau

Le milieu du SHN peut être source de pression pour certains·es. Comme nous l'avons entendu au cours des entretiens, plusieurs facteurs externes peuvent être en cause. Nous notons les enjeux économiques du sport, pouvant faire passer les résultats des sportifs·ves avant leur propre santé. Les parents des athlètes, lorsqu'ils·elles sont mineurs·es peuvent être source de pression en les poussant à se dépasser pour réussir, parfois en opposition avec la volonté de leur enfant. Nous retrouvons aussi dans la littérature, cette idée selon laquelle les sportifs·ves peuvent recevoir de la pression de la part de leurs parents mais aussi de toutes les personnes ayant une autorité sur eux·elles (12). S.Afflelou et *al.* citent les parents, juges, dirigeants·es et coaches comme exerçant potentiellement une pression sur les athlètes notamment vis-à-vis de leur silhouette et pouvant donc favoriser la survenue de TCA (22). Dans plusieurs études, nous retrouvons en faveur de la survenue des TCA, cette position des coaches qui peuvent influencer les athlètes en conseillant des restrictions alimentaires et un amaigrissement en vue de meilleures performances, instaurer des contrôles fréquents du poids et créer un climat propice au développement de ces troubles (5,6,12,15). Enfin la pression peut venir de l'athlète lui·elle-même, prêt·e à tout pour réussir. De plusieurs manières différentes, le milieu du SHN semble pousser les athlètes à se donner au maximum dans leur discipline, jusqu'à parfois mettre leur santé au second plan.

Selon les milieux dans lesquels ils·elles exercent, les MK nous ont partagé différentes volontés pouvant favoriser les troubles alimentaires des athlètes. Au fil des témoignages, nous comprenons donc que certains·es athlètes semblent trouver dans l'alimentation un moyen d'accéder à des idéaux de poids, de rapport poids-puissance ou d'esthétisme, et ce, en vue d'avoir de meilleures performances. En confrontant ces avis à la littérature, nous confirmons la place des différentes disciplines dans la survenue des TCA. En effet, certaines semblent pousser les athlètes à contrôler très régulièrement leur poids et/ou à aller vers un idéal morphologique dans le but de performer (5,8,15,22,23). Trois types de sports sont concernés. Premièrement, ceux dits esthétiques, dans lesquels les athlètes sont jugés·es sur leurs silhouette, dans lesquels évoluent **MKGD** et **MKPA**, qui nous décrivent la nécessité d'un poids stable et la présence de codes esthétiques, pouvant être des éléments déclencheurs de TCA.

Ensuite les sports à catégories de poids, ce que nous confirme **MKC** qui rencontre des athlètes qui cherchent à maintenir un poids bas, un rapport poids-puissance optimal et qui sont sujets aux mesures fréquentes de la masse grasse. Enfin les sports à catégories de poids, dans lesquels **MKB** confie observer régulièrement des athlètes user de stratégies afin de perdre rapidement du poids dans le but de concourir dans leur catégorie. Les SHN évoluent à la fois dans une société prônant une certaine morphologie et dans des disciplines dans lesquelles parfois, certaines silhouettes sont valorisées, pouvant créer des recours à des stratégies de contrôle et modification du poids et de l'apparence passant par l'alimentation.

Cependant, les attentes du SHN semblent limiter la gravité de ces troubles chez les athlètes, notamment car pour pouvoir performer ils·elles doivent garder un poids minimal. De plus, certains·es auteurs·es soulignent que même pratiqué à haut niveau, le sport a des effets bénéfiques sur la santé mentale, et procure aux SHN un cadre avec un suivi psychique et physique régulier et rigoureux limitant notamment les formes graves des TCA (6,26). Nous retenons aussi que les SHN pratiquant des disciplines ne requérant pas la maigreur, tels que les sports de balles ou techniques ont une bonne hygiène alimentaire et sont moins à risque de développer des TCA (22). Le haut niveau du sport pourrait donc favoriser la survenue mais limiter la gravité des TCA, lorsque les athlètes sont en poste, mais nous n'avons pas recueillis suffisamment de données pour confirmer cette hypothèse.

On perçoit dans le discours de certains·es MK, une difficulté à définir les TCA, notamment avec une mesure de normalité. **MKH** lève le voile sur une difficulté à discerner le moment à partir duquel des troubles alimentaires se transforment en une pathologie, et **MKC** sur leur banalisation dans le SHN. G.Michel et *al.* confirment cette difficulté : « *Dans notre pratique clinique quotidienne, nous sommes confrontés au dilemme entre les exigences du sport et de la santé ; et la « juste » frontière est souvent difficile à trouver* » (21). Avoir du mal à concevoir les TCA et les banaliser peut pousser à ne pas les considérer comme tels.

La difficulté qu'ont les MK à définir les TCA pourrait venir de leur côté secret. En effet, tous s'accordent sur la volonté des athlètes de masquer leurs troubles. Nous pouvons supposer que le silence autour de ces troubles et le fait qu'ils laissent la possibilité aux athlètes de s'entraîner et concourir lorsqu'ils ne sont pas graves pourrait pousser le *staff* à ne pas les prendre en considération. Nous allons chercher à connaître la place des MK au sein du *staff* dans la PEC de ces troubles.

4.1.3. Sport de haut niveau et troubles du comportement alimentaire, comment se placent les kinésithérapeutes

Lorsque nous avons abordé leurs connaissances sur les TCA chez les athlètes qu'ils·elles suivent, les MK nous ont presque à l'unanimité cité l'anorexie et la boulimie comme étant les plus fréquents. Ces deux troubles font partie des TCA reconnus par l'APA et l'OMS et sont les mieux spécifiés et détaillés par l'APA (7). L'orthorexie a été exprimée à trois reprises au cours des entretiens. En effet selon la littérature, l'orthorexie a une prévalence très élevée dans certaines sous-populations, notamment chez les athlètes (17). L'AM a été citée de nombreuses fois, mais l'AA n'a pas été exprimée. Nous pouvons nous demander si cela provient de leurs similitudes et d'un manque de connaissance de cette pathologie, notamment lorsque **MKPA** nous partage qu'elle rencontre fréquemment des athlètes anorexiques et que les TCA sont pour elle, les mêmes chez une « ado lambda que chez une sportive ». Hors l'AA est bien un TCA sub-clinique spécifique au SHN (8). **MKGD** nous parle de la TAF, de la perte des règles comme signe d'alerte d'un TCA et de l'AM, mais lui non plus ne fait pas référence à l'AA.

La seule personne ne nous ayant pas parlé de d'AM et de boulimie est **MKB**, c'est aussi le seul nous rapportant des troubles revenant périodiquement chez les boxeurs·ses, soit avant les compétitions. Nous percevons donc ici une notion de troubles alimentaires aigus, pouvant revenir plusieurs fois au cours de la saison mais semblant toujours être passagers, sans se reproduire régulièrement sur chaque athlète : « *Une fois qu'ils se sont rendus compte qu'ils avaient été totalement irresponsables dans leur suivi alimentaire, la fois suivante ils sont beaucoup plus vigilants parce qu'ils ne veulent pas revivre ça.* » (P25 L315). Plusieurs MK partagent l'avis selon lequel les TCA seraient ancrés au plus profond des athlètes et s'épanouiraient grâce à la pression qu'ils·elles subissent.

Quand nous demandons aux MK de nous partager les signes qui les alertent sur la probable présence d'un TCA, le seul signe qui revient est un mal-être. Au-delà de ce dernier, aucun signe ne revient plusieurs fois. Nous voyons bien ici la complexité de ces troubles qui peuvent se révéler de différentes manières, et les divers points sur lesquels chacun·e est attentif·ve. Seule **MKPA** ne nous indique aucun signe avant-coureur. Selon elle, les signes s'expriment lorsque le TCA est installé. Nous ne savons pas si la liste que nous ont fournis chacun·e des MK est exhaustive, cependant la question « *Quels sont d'après vous les signes*

avant-coureurs d'un TCA chez un ou une SHN ? » amenait à donner la totalité des signes connus. Nous ne savons donc pas si les signaux d'alerte ne sont pas communs entre les MK car ils·elles font attention à des choses différentes ou s'ils·elles n'ont exprimé que les premiers auxquels ils·elles ont pensé alors qu'ils·elles partagent l'avis des autres MK. Cependant, la tous·tes des MK interrogés·es ayant déjà rencontré des athlètes souffrant de TCA qu'ils·elles ont eux·elles-mêmes décelé, ces signes sont issus de leur expérience concrète. Nous pouvons donc les considérer comme des signaux d'alerte non exclusifs des TCA chez les athlètes. Nous retiendrons donc : un mal-être, une perte de confiance en soi, un manque de sécurité émotionnelle ou affective, une image de soi dégradée, faire face à une forte pression ou devoir surmonter des accidents de la vie, une volonté des résultats hauts ou d'un poids faible, une perte de performances, la disparition des règles et l'apparition d'un amaigrissement, et l'apparition de douleurs et de mauvaise récupération comme des signes de recherche d'un TCA. Nous ne relevons pas de différence de signaux d'alerte entre les MK ayant un suivi régulier des athlètes et ceux·celles ayant un suivi ponctuel. Nous retenons ces signes de vigilance pour notre pratique masso-kinésithérapique.

Les deux MK qui nous expriment ne pas être concerné·es par la PEC des TCA ont un suivi ponctuel des athlètes. Nous pouvons nous demander si le fait de ne pas voir les athlètes évoluer au quotidien les éloignerait de cette problématique. C'est aussi l'idée que partage MKH « *Le kiné qui va suivre euh l'athlète de haut niveau tout au long de l'année, lui il va se retrouver en première instance.* » (P15 L463). Cependant **MKPA** est attentive aux modifications morphologiques des athlètes, et alerte le médecin sur ces changements. Ce qui la place en première ligne dans la lutte contre les TCA en s'inscrivant dans une démarche de prévention primaire. **MKC**, qui lui aussi suit les athlètes de manière ponctuelle ne s'exclut pas de cette PEC. Enfin, les deux seuls MK nous partageant un rôle franc dans la PEC de ces troubles sont ceux les accompagnant au quotidien. Nous pouvons donc supposer que la fréquence de rencontre du·de la MK avec les athlètes influence son rôle dans la PEC des TCA. Enfin, nous notons que la position du corps médical, de considérer ou non les MK comme acteurs·trices de cette PEC influence grandement leur rôle dans cette thématique. Cependant qu'il·elle intervienne de manière ponctuelle ou régulière, le·la MK se place en première ligne dans la PEC de ces troubles, notamment en les détectant et en proposant une écoute aux athlètes. La détection des TCA fait partie intégrante de leur prise en charge. Pour traiter une pathologie quelle qu'elle soit, il faut la détecter. Et même si certains·es MK ne s'inscrivent pas dans les grandes idées de traitement de ces troubles, (nous entendons ici une thérapie psychiatrique

et nutritionnelle par exemple) ils·elles gardent toutefois une place importante dans cette problématique. Tous·tes les professionnels·les qui évoluent autour des athlètes doivent accroître leurs connaissances et « *compétences en matière d'identification précoce, de traitement et de prévention des troubles alimentaires chez tous les athlètes, quels que soient leur âge et leur sexe.* » (5).

Nous notons que les deux seuls·es MK ayant émis que le médecin était réceptif à leurs alertes sont ceux·celles travaillant avec des athlètes de disciplines à exigences esthétiques. Ces milieux au sein desquels la pression d'un jugement sur l'esthétisme favoriserait la survenue de mauvais comportements alimentaires, obligeraient-ils la prévention et la PEC des TCA ou justifieraient-ils de plus de connaissances et d'expérience sur le sujet ? **MKH** nous a aussi fait part d'une dimension esthétique importante pour les culturistes, mais il reste ambigu sur la manière dont sont gérés les troubles alimentaires dans ce milieu, exprimant que personne n'a donné suite à ses alertes, puis que leur détection relevait du médecin qui venait par la suite chercher auprès de lui des informations sur leurs origines. De plus il dit ne jamais avoir rencontré de SHN souffrant d'une forme grave de TCA. Nous ne pouvons donc pas utiliser ces éléments pour notre hypothèse exprimée précédemment.

Finalement, quand nous demandons aux kinésithérapeutes quelles adaptations font-ils·elles avec les SHN souffrant de TCA, seuls les MK travaillant tout au long de l'année avec les athlètes adaptent leur séance. Encore une fois, la fréquence à laquelle les MK rencontrent les athlètes semble influencer leur implication dans la PEC des TCA.

4.2. Limites de l'étude

4.2.1. La population

Nous avons interrogé cinq MK, tous·tes issus·es de disciplines différentes. Nous ne savons donc pas si les résultats que nous tirons de notre étude sont représentatifs des manières de penser de chacun·e ou de la façon dont les choses sont faites dans leur milieu. Idéalement, nous aurions voulu rencontrer plusieurs MK de chaque discipline, opposer leurs réponses et en tirer des conclusions internes à leur domaine. Puis nous aurions pu confronter les résultats entre les disciplines. Cela nous aurait permis de connaître l'origine de l'hétérogénéité des témoignages recueillis. Cela nous aurait aussi aidé à avoir une plus grande

diversité de témoignages. Ici, au vu de l'hétérogénéité des résultats nous supposons que nous touchons la saturation de l'étude (30). Cependant nous n'en avons pas la preuve et nous pouvons donc que le supposer, sans avoir de certitudes. Amener l'étude à saturation nous aurait permis de savoir que nous avons pris en compte toute la diversité possible de réponse et de justifier d'un nombre de participants·es suffisant et d'une objectivité sur les différentes manières de penser et de faire. L'échantillon étudié n'est donc pas représentatif de l'ensemble des situations rencontrées dans la vie. Enfin, tous·tes les personnes que nous avons rencontrées ont volontairement accepté de participer à l'étude, nous pouvons nous demander si cela a une influence sur le fait que tous·tes ont un rôle de prévention primaire des TCA chez les SHN.

4.2.2. Les entretiens

Compte tenu du contexte sanitaire et de la distance géographique nous séparant de certains·es participants·es (3/5), nous n'avons pas pu réaliser tous les entretiens en personne. Lorsque les MK en avaient la possibilité, nous avons favorisé l'échange par appel vidéo (1/5). Seulement, cela n'a pas été possible pour deux MK interrogés·es, avec lesquels·les nous nous sommes finalement entretenus·es par téléphone. Nous notons aussi que l'entretien avec **MKGD** a eu lieu lors d'un de ses déplacements, ce qui a créé plusieurs perturbations sonores et parfois un délai de réponse important. Nous pouvons nous demander s'il aurait donné les mêmes informations dans un endroit plus intime, notamment pour un sujet aussi sensible que celui que nous traitons. Nous n'avons pas pu échanger avec lui autrement et ce malgré nos multiples sollicitations. Les deux entretiens s'étant déroulés par appel téléphonique sont ceux qui nous ont fournis le moins de données en termes de quantité. Ce sont aussi ceux pendant lesquels les MK se sont montrés·es les plus fermés·es au partage de situations concrètes rencontrées avec des athlètes souffrant de TCA. Nous pouvons nous demander si cela vient du mode de réalisation de l'entretien.

Les entretiens ont été réalisés par une seule personne s'initiant à la recherche qualitative. Nous avons rencontré certaines difficultés pour suivre notre guide tout en étant attentif·ve au discours de l'enquêté·e. Il nous a surtout été difficile d'écouter les MK et de savoir instantanément si nous avons une réponse vraiment complète à la question que nous avons posée. En analysant les données nous avons perçu une différence de quantité d'informations entre les participants·es. Notamment dans le premier entretien que nous avons réalisé, avec

MKH, dans lequel il nous a manqué quelques informations. Certains de ces propos restent ambigus, nous aurions dû lui demander plus de détails. Par exemple, à propos de ses relations avec le *staff*, il s'est exprimé uniquement en citant les entraîneurs, préparateurs physiques et MK. Nous ne l'avons pas relancé à propos du corps médical et nous manquons donc d'informations à ce sujet. Pour pallier ce problème nous aurions pu réaliser un second entretien-test. Cependant au vu du peu de personnes justifiant d'une expérience suffisante et volontaires pour participer à l'étude, nous aurions certainement dû sacrifier un témoignage intéressant pour notre enquête.

Une autre difficulté rencontrée au cours des entretiens a été de les conduire en posant les questions de manière identique entre chaque participant·e. Le cours de la discussion a fait que nous avons pu employer des tournures différentes pour la même question entre deux MK. Ce biais méthodologique a pu influencer certaines réponses. De plus, au cours de l'échange il nous est arrivé de sortir de la structure de notre guide d'entretien et de poser des questions fermées, auxquelles nous avons parfois eu des réponses courtes, n'apportant que très peu de données. Nous notons aussi que certaines questions de relance ont été oubliées lors d'entretiens, et pour certaines réponses nous avons manqué de clarté et d'informations lors de l'analyse des résultats (30).

Nous notons que lors de l'entretien que nous avons eu avec elle, **MKPA** a, à de nombreuses reprises, utilisé des réponses fermées et est restée très évasive sur plusieurs points, refusant de nous faire part des rencontres qu'elle a eu avec des athlètes souffrant de TCA, ce qui nous le rappelons est entièrement dans son droit d'enquêtée. Nous n'avons donc pas autant d'informations à son sujet qu'à celui des autres MK. Nous pouvons nous questionner sur notre approche, qui ne lui a peut-être pas apporté suffisamment de confiance pour se livrer sur ce sujet, sur notre sujet, peut-être trop sensible et tabou pour être abordé avec une personne inconnue et par téléphone. Cependant nous ne connaissons pas non plus **MKGD**, lui aussi interrogé par téléphone qui pourtant nous a partagé certaines de ses expériences. Enfin, au vu de son passé d'athlète dans le milieu du SHN qu'elle dit connaître de « *l'intérieur* », de ses nombreuses réponses courtes et de sa position paraissant parfois fermée sur le sujet, nous pouvons nous demander si cet entretien n'a pas rappelé à **MKPA** une situation personnelle. Cependant nous n'avons pas plus d'éléments pour avancer cet argument.

4.2.3. Retranscription et analyse des résultats

Notre enquête est limitée dans son objectivité (30). Premièrement car les entretiens ont été retranscrits puis analysés par une seule personne, ce qui peut créer un biais d'interprétation. Nous ne pouvons donc garantir la fiabilité de cette étude. Pour éviter ce biais, nous aurions pu demander une relecture des retranscriptions puis une analyse de ces données à une tierce personne impliquée dans l'étude et de les comparer aux nôtres. Nous pouvons aussi exprimer la difficulté pour un·e enquêteur·rice débutant dans la recherche qualitative d'analyser le langage non verbal ainsi que toutes les nuances du langage verbal.

Nous avons représenté en annexe VIII un nuage de mots imageant la fréquence d'utilisation de certains mots par les enquêtés·es. Nous avons choisi cette manière d'exprimer la représentation que les MK avaient de leurs missions auprès des SHN, car leurs réponses étaient riches et souvent en concordance. Or chacun·ne des MK a exprimé ses idées selon ses propres mots, faisant que certaines idées partagées par tous ne paraissaient pas plus fréquentes que d'autres. Nous avons donc choisi de créer un second nuage de mots, cette fois en utilisant un mot représentant tous les synonymes de chaque idée. Nous l'avons exposé en annexe IX dans le but de visualiser les réponses les plus fréquentes. C'est une richesse de l'enquête qualitative de laisser de grandes libertés d'expressions aux personnes interrogées, mais ici ce versant nous a desservi quant à la représentativité de cette image (27).

4.3. Ouverture

Aujourd'hui, les TCA ne sont toujours pas abordés dans la formation initiale MK. Ni dans l'enseignement de psychiatrie ou de pédiatrie, ni dans l'enseignement de kinésithérapie du sport (31). Nous pouvons imaginer, que certains·es étudiants·es n'ayant jamais été confrontés·es à ces troubles de manière personnelle ou professionnelle au cours de la formation puissent avoir des croyances erronées et un manque de connaissances sur ce sujet. Cependant il nous paraît important que les MK, en tant qu'acteurs·trices de santé publique et professionnels·les de santé aient au cours de leur formation initiale en enseignement sur ce thème afin de repérer les signes d'alertes et de connaître la posture à adopter dès leurs débuts en tant que MK.

5. CONCLUSION

En conduisant une enquête qualitative auprès de MK travaillant dans le milieu du SHN, nous avons voulu comprendre leur rôle quant à la PEC des athlètes souffrant de TCA. Nous avons échangé avec ces kinésithérapeutes autour de leur place dans le milieu du SHN, de leurs relations avec les athlètes, puis plus précisément de leurs missions et implication dans la PEC des TCA. Bien que cette étude ne nous permette pas d'étendre nos résultats à l'ensemble des kinésithérapeutes évoluant auprès de SHN, elle nous permet cependant d'en tirer des informations concrètes quant à leur positionnement sur cette thématique.

Le·la kinésithérapeute a une place importante auprès de l'athlète, notamment grâce aux séances de soin individuelles et à sa présence lors des déplacements. Il·elle développe une relation privilégiée avec les athlètes, propice aux confidences tout en gardant une certaine distance professionnelle, chacun·e se rappelant sa place respective de soignant·e et soigné·e. Le·la kinésithérapeute s'inscrit à la fois comme un·e confident·e des sportifs·ves et comme acteur·trice de soin. Cette ambivalence le·la place comme intermédiaire dans les relations entre les professionnels·les de santé dont il·elle fait partie et les athlètes dont il·elle est proche. De plus, par ses connaissances et compétences initiales et acquises lors de formations supplémentaires, le·la MK est en mesure de suivre l'état de santé des athlètes, notamment par des bilans réguliers (32). Il·elle sait reconnaître les signes cliniques de pathologies installées ou en cours d'installation, notamment les TCA et leurs conséquences. Plusieurs MK nous ont par ailleurs cité leur bilan diagnostique MK (BDK) comme outil indispensable pour repérer les signes de TCA chez les athlètes. Le milieu du sport de haut niveau est un milieu particulier, dans lequel les athlètes subissent des pressions de multiples origines parfois même logées au plus profond d'eux·elles-mêmes. Un milieu dans lequel le poids est un sujet de qualification, un vecteur de performance et l'esthétisme de la personne se retrouve au premier plan pour sa notation, exæquo avec ses compétences. Toutes ces sources de pressions conduisent parfois les athlètes à faire passer leur santé au second plan. L'alimentation peut être pour eux·elles le vecteur de changements qui pourraient les faire progresser, que cela soit pour perdre du poids avant une compétition, ou pour améliorer leur efficacité. Ces modifications, même ponctuelles, répétées dans le temps sont les racines solides d'un TCA sur le long terme. Finalement, nous pouvons avancer que tous·tes les MK que nous avons rencontré·es participent à la PEC des TCA chez les athlètes qu'ils·elles ont en soin, en se plaçant en première ligne dans leur détection. Ils·elles assurent aussi une écoute, et une aide,

jouissant d'une relation privilégiée avec les SHN. Cependant, dans certains cas l'avis et la position du corps médical affectent le sentiment de légitimité des MK quant à cette PEC, pouvant les conduire à s'en détacher et à considérer qu'ils-elles ne sont pas concernés-es. Grâce aux enseignements que nous tirons de cette enquête, nous pouvons enrichir notre pratique de la masso-kinésithérapie, notamment en connaissant des signes fréquents de TCA cherchant à se développer ou en cours de développement.

Enfin, nous n'avons abordé que le milieu bien spécifique et cadré du SHN. Il pourrait être intéressant et porteur de sens de développer ce travail à l'exercice libéral des kinésithérapeutes avec une patientèle variée pouvant présenter des TCA, car comme nous l'ont confié certains-es MK interrogés-es, ils-elles ont plus de liberté lorsqu'ils-elles exercent hors de structures de SHN.

BIBLIOGRAPHIE

1. Galmiche, M, Déchelotte, P, Lambert, G, Tavoracci, M.P. Prévalence des troubles du comportement alimentaire au cours de la période 2000-2018 : une revue systématique de la littérature. *Nutrition clinique et métabolisme*, 2009 ; 33,1 : 112.
2. HAS. Boulimie et hyperphagie boulimique – Repérage et éléments généraux de prise en charge. 2019 [consulté le 18 Nov 2020] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/boulimie_et_hyperphagie_boulimique_-_recommandations.pdf
3. Conrad S. Prise en charge des troubles du comportement alimentaire : vous pouvez jouer un rôle déterminant. Février 2020 [consulté le 22 Fevr 2021] <https://www.kineactu.com/article/11749-prise-en-charge-des-troubles-du-comportement-alimentaire-vous-pouvez-jouer-un-role-determinant>
4. Sundgot-Borgen, J, Torstveit, MK. Prevalence of Eating Disorders in Elite Athletes Is Higher Than in the General Population. *Clin J Sport Med*, 2004 ; 14,1, 25-32.
5. Braltand-Sanda, S, Sungot-Borgen, J. Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *Eur J Sport Sci*, 2013 ; 13,5 : 499-508.
6. Shankland, R. Les troubles du comportement alimentaire : prévention et accompagnement thérapeutique. 2^{ème} édition. Malakoff : Dunod Éditeur ; 2020. 205p. ISBN : 978-2-10-080131-2
7. American Psychiatric Association. DSM-5 Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5^{ème} édition. Arlington : Elsevier Masson ; 2015. 917p. ISBN : 978-2-294-73929-3
8. Afflelou, S. Place de l'anorexia athletica chez la sportive intensive. *Arch Pediatr.*, 2009 ; 16 : 88-92
9. HAS. Anorexie mentale : prise en charge. 2010 [consulté le 11 mars 2020] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2clics_-_anorexie_-_mentale.pdf
10. Thiebaut, S, Courtet, P, Guillaume, S. Troubles du comportement alimentaire. In Reynaud, M, Aubin, H.J, Benyamina, A, Karila, L. *Traité d'addictologie*. Paris : Lavoisier, 2016. P 809-813. Traités.
11. Andreeva, V.A, Tavoracci, M.P, Galan, P, Ladner, J, Buscail, C, Péneau, S, Galmiche, M, Hercberg, S, Déchelotte, P, Julia, C. Sociodemographic correlates of eating disorders subtypes among men and women in France, with a focus on age. *J. Epidemiol. Community Health*, 2019 ; 73,1 : 56-64
12. Filaire, E, Rouveix, M, Bouget, M. Troubles du comportement alimentaire chez le sportif. *Sci Sports*, 2008 ; 23,2 : 49-60
13. Rousselet, M, Guéroux, B, Paruit, M.C, Guinot, M, Lise, S, Destrube, B, Ruffio-Thery, S, Dominguez, N, Brisseau-Gimenez, S, Dubois, V, Mora, C, Trologne, S, Lambert, S, Grall-Bronnec, M, Prétagnet, S. Disordered eating in french high-level athletes: association with type of sport, doping behavior, and psychological features. *Eat Weight Disord*, 2017 ; 22,1 : 61-68.
14. Garcia Hejl, C, Garcin, J.M, Garcia, C, Bigaillon, C, Ceppa, F, Burnat, P. Addiction au sport et anorexie. *Pathol. Biol.*, 2008 ; 56,1 : 43-45
15. Le Heuzey, M.F. De l'anorexie athlétique à l'anorexie mentale. *Pratiques en nutrition*, 2017 ; 13, 51 : 32-34
16. Laplante, E. L'entraînement, c'est ma vie ! *UOJM*, 2015 ; 5,2 : 59-62
17. Goutaudier, N, Rousseau, A. L'orthorexie : une nouvelle forme de trouble des conduites alimentaires ? *Presse Med*, 2019 ; 48,10 : 1065-1071

18. Rigotti, N.A, Neer, R.M, Jameson, L. Osteopenia and Bone Fractures in a Man With Anorexia Nervosa and Hypogonadism. *JAMA*, 1986 ; 256,2 : 385-388
19. Bennell, K.L, Brukner, P.D, Malcolm, S.A. Effect of altered reproductive function and lowered testosterone levels on bone density in male endurance athletes. *Br J Sports Med*, 1996 ; 30, 205-208
20. Mancine, RP, Gusfa, D.W, Moshrefi, A, Kennedy, S.F. Prevalence of disordered eating in athletes categorized by emphasis on leanness and activity type – a systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 2020 ; 8,1 : 47-56.
21. Michel, G, Purper-Ouakil, D, Le Heuzey, M.F, Mouren-Simeoni, M.C. Pratiques sportives et corrélats psychopathologiques chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiat Enfance Adolesc*, 2003 ; 51,4 : 179-185
22. Afflelou, S, Duclos, M, Simon, S. Quels liens entre pratiques sportives et troubles du comportement alimentaire ? *Press Med*, 2004 ; 33,22 : 1601-1605.
23. Filaire, E, Rouveix, M, Bouget, M, Pannafieux, C. Prévalence des troubles du comportement chez le sportif. *Sci Sports*, 2007 ; 22,3-4 : 135-142
24. Moscone, A.L. Troubles de l'image du corps et troubles psychologiques associés dans l'anorexie mentale : mécanismes sous-jacents et proposition de régulation par les activités physiques adaptées. 2013. 132p. Doctorat en Sciences du Sport, de la Motricité et du mouvement Humain : Paris, Université de Paris Sud.
25. Moscone, A.L, Leconte, P, La Scanff, C. L'anorexie et l'activité physique, une relation ambiguë. *Movement & Sport Sciences*, 2014 ; 84 : 51-59
26. Iuso, S, Bellomo, A, Pagano, T, Carnevale, R, Ventriglio, A, Petito, A. Sport Activity as Risk or Protective Factor in Feeding and Eating Disorder. *Behav. Sci.*, 2019 ; 9,12 : 143 – 153
27. Kivits, J, Balard, F, Fournier, C, Winance, M. Les recherches qualitatives en santé. Malakoff : Armand Colin ; 2016. 329p. ISBN : 978-2-200-61189-7
28. Aubin-Auger, I, Mercier, A, Baumann, L, Lehr-Drykewiez, A.M, Imbert, P, Letrilliart, L, GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 2018 ; 19,84 : 142-147
29. KIVITS, Joëlle. Méthodes d'investigation quantitatives et qualitatives : Chapitre 6 : Le recueil de données qualitatives. Maître d'œuvre École de Santé Publique – Université de Lorraine
30. Kohn, L, Christiaens, W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soin de santé : apports et croyances. *Reflète et perspectives de la vie économiques*, 2014 ; LIII, 4 : 67-82
31. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Bulletin Officiel Santé Protection Sociale Solidarité n°8 du 15 septembre 2015, P208-275
32. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute *Journal Officiel de la République Française* n°0204 du 4 septembre 2015, p172-306

ANNEXES

Annexe I : Guide d'entretien test

Annexe II : Guide d'entretien final

Annexe III : Formulaire de consentement

Annexe IV : Fiche informative

Annexe V : Retranscription des entretiens

Annexe VI : Code couleur thèmes et sous-thèmes

Annexe VII : Retranscription de l'entretien avec MKGD et première analyse

Annexe VIII : Nuage de mots (1^{ère} version)

Annexe IX : Nuage de mots (2^{nde} version)

Annexe I : Guide d'entretien test

Guide d'entretien pré-test

Rappel : Cet échange sera rendu anonyme et aucune information confidentielle ne vous sera demandée. L'entretien est enregistré pour permettre plusieurs écoutes et une retranscription fidèle de ce dernier, aucun propos ne sera modifié ni sorti de son contexte. Vous êtes libre d'interrompre l'échange à tout moment, et de ne pas répondre à toutes les questions qui vous seront posées, aucune justification ne vous sera demandée.

Nous nous intéresserons à la prise en charge masso-kinésithérapique des sportifs-ves de haut niveau souffrant de troubles du comportement alimentaire. Sentez-vous libre de partager et d'échanger sur ce sujet et de dévier sur des sujets non abordés mais vous semblants pertinents.

| Thème | Questions | Commentaires / objectifs |
|--------------------------|---|---|
| Présentation du/de la MK | <p>Pourriez-vous vous présenter en tant que MK ? <i>Questions de relance (QR) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Depuis combien de temps êtes-vous diplômé.e ? • Dans quelle structure intervenez-vous auprès des SHN ? • Avez-vous participé à des formations ? • Auprès de quelle(s) structure(s) de SHN intervenez-vous ? <p>Quelle proportion de votre activité est dédiée à la PEC de SHN ? <i>QR :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • À quelle fréquence suivez-vous les SHN ? • Accompagnez-vous les SHN lors de déplacements ? <p>Dans quelle tranche d'âge se situent les SHN que vous prenez en charge ? Et quel(s) sport(s) pratiquent-ils.elles ? <i>QR :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si mineurs : quelles relations avez-vous avec les parents ? | <p>Formations spécifiques kiné sportive dans lesquelles les TCA du SHN ont pu être abordés</p> <p>Plutôt en cabinet où se déplace jusque dans les structures ? (Possible contact rapproché avec les équipes médicales et paramédicale).</p> <p>Plus le/la MK est présent.e auprès des SHN plus son rôle de prévention/dépistage/accompagnement peut être important.</p> <p>Situer si PEC de patient.es mineur.es/majeur.es, différence entre les deux ? S'assurer de la présence de SHN dont les sports sont intéressants pour notre étude.</p> |

| | | |
|-----------------------|--|---|
| <p>MK & SHN</p> | <p>Comment décririez-vous votre relation avec les SHN ? <i>QR :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Est-ce qu'il.elles vous demandent des conseils ? Se confient à vous ?</i> <p>Quelle relation entretenez-vous avec l'équipes médicale et paramédicale ? <i>QR :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Êtes-vous informé.e de l'état de santé des SHN que vous prenez en charge ? Si oui, comment et par qui ?</i> • <i>Êtes-vous convié.e aux réunions pluridisciplinaires ?</i> • <i>Vous sentez-vous écouté.e par le staff médical et paramédical ?</i> | <p>Plutôt proche des SHN ou met une distance ? Ce qui pourrait influencer les réponses suivantes.</p> <p>Est-ce que les SHN ont tendance à voir le.la MK comme confident.e ?</p> <p>Le staff médical demande-t-il le point de vue MK ? Inclue-t-il le.la MK dans l'équipe ?</p> <p>Quel est l'intérêt porté au.à la MK ?</p> |
| <p>TCA et SHN</p> | <p>Pourriez-vous nous parler de vos connaissances et/ou formations sur les TCA spécifiques au SHN ? <i>QR :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Le thème des TCA a-t-il déjà été abordé lors de formations ?</i> • <i>Avez-vous reçu des informations sur les TCA dans le SHN lorsqu'un.e patient.e SHN vous a été confié.e ?</i> <p>Quels sont, d'après-vous les signes avant-coureurs de TCA chez les SHN ? <i>QR :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Êtes-vous attentif.ve à ces signes ?</i> <p>Vous est-il déjà arrivé de déceler ces signes chez un.e SHN ? <i>QR :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Qu'avez-vous fait ?</i> • <i>Comment ont été reçues vos indications ?</i> | <p>La personne sait-elle quels signes sont importants à déceler et comment réagir ?</p> <p>Se sent elle préparée pour dépister les TCA et formée pour adapter sa PEC ?</p> <p>Savoir comment la personne a réagi, qui a-t-elle prévenu et comment ces informations ont-elles été accueillies au sein de l'équipe médicale. Ce qui nous renseigne sur la place accordée au.à la MK dans cette thématique</p> <p>Répondre à une partie de la question : est-ce-que le.la MK a un rôle dans le dépistage des TCA ?</p> |
| <p>MK, SHN et TCA</p> | <p>Pourriez-vous nous parler d'une rencontre avec un.e SHN souffrant de TCA ? <i>QR :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Avez-vous modifié votre PEC ?</i> • <i>Aviez-vous préalablement été prévenu.e ? Par qui ?</i> • <i>Qu'avez-vous ressenti ?</i> | <p>On sait que la personne a déjà pris en charge un SHN atteint de TCA car c'est un critère d'inclusion, mais nous posons la question de cette manière pour</p> |

| | | |
|-------------------------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Est-ce que vous pourriez nous parler de ces séances ?</i> <p>Quelles différences avez-vous ressenties dans la PEC de ces patients (si vous en avez ressenties) ? QR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Avait-il des comportements différents ? Abord plus difficile ? Repli sur soi ? Besoin de se confier ?</i> • <i>L'adhésion au traitement était-elle similaire à celle des autres patients ?</i> <p>Quelles sont vos relations avec l'équipe médicale et paramédicale quant au suivi de ces athlètes ? QR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Êtes-vous concerté.e lors des décisions concernant l'athlète (suspension de l'entraînement, des compétitions ...) ?</i> • <i>Dialoguez-vous avec les entraîneurs, diététiciens, du sport, psychologues, médecins ... ?</i> • <i>Ces derniers vous sollicitent-ils pour avoir des informations sur l'athlète ?</i> | <p>l'inciter à nous faire part de cette expérience.</p> <p>Recueillir le témoignage de la personne sur les PEC TCA</p> <p>Est-ce que les SHN souffrants de TCA ressentent le besoin de se confier, de parler au MK. Ou alors rendent-ils le traitement MK et la participation du MK dans cette thématique plus compliquée car ils/elles sont plus refermés sur eux/elles-mêmes, n'abordent pas le sujet.</p> |
| Ouverture et conclusion | <p>Comment auriez-vous pu être mieux préparé.e à la problématique des TCA chez le SHN ? QR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pensez-vous qu'il serait/qu'il est nécessaire d'aborder ce sujet en profondeur lors des formations de kinésithérapie sportive ?</i> • <i>Pendant la formation initiale ?</i> <p>Voulez-vous ajouter quelque chose pour clôturer cet entretien ?</p> | <p>Recueillir les sentiments de la personne sur cette problématique. Nous imaginons qu'après avoir discuté autour de cette thématique, en lui demandant s'il y a certaines choses à rajouter, la personne sera plus enclin à s'exprimer et livrer des ressentis plus intimes qu'au début de l'entretien.</p> |

Annexe II : Guide d'entretien final

Guide d'entretien

Rappel : Cet échange sera rendu anonyme et aucune information confidentielle ne vous sera demandée. L'entretien est enregistré pour permettre plusieurs écoutes et une retranscription fidèle de ce dernier, aucun propos ne sera modifié ni sorti de son contexte. Vous êtes libre d'interrompre l'échange à tout moment, et de ne pas répondre à toutes les questions qui vous seront posées, aucune justification ne sera demandée. Nous nous intéresserons à la prise en charge masso-kinésithérapique des sportif.ves de haut niveau souffrant de troubles du comportement alimentaire. Sentez-vous libre de partager et d'échanger sur ce sujet et de dévier sur des sujets non abordés mais vous semblants pertinents.

| Questions de relance | Commentaires & objectifs |
|---|---|
| <u>Thème 1 : Présentation</u> | |
| Pourriez-vous vous présenter en tant que MK ? | |
| <ul style="list-style-type: none">• Depuis combien de temps êtes-vous diplômé.e ?• Prenez-vous en charge des SHN ?• Si oui, en cabinet ? en structure ? au sein d'un club, d'un pôle ?• Avez-vous participé à des formations ?• Quelle(s) spécialité(s) avez-vous ? | <ul style="list-style-type: none">• Avoir des informations pour confronter les témoignages des MK (sexe, année de diplôme et nombre d'années d'exercice ...)• Savoir si la personne a participé à des formations dans lesquelles les TCA auraient pu être abordés.• S'assurer de la PEC de SHN• Savoir si la personne exerce dans un cabinet ou en structure, ou les deux. Car cela peut créer des relations différentes avec les athlètes et/ou le staff. |
| Quel pourcentage de votre activité est dédiée à la PEC de SHN ? | |
| <ul style="list-style-type: none">• Avez-vous l'habitude de travailler avec des SHN ? | <ul style="list-style-type: none">• Savoir si la PEC de SHN représente une grande partie de l'activité ou non. |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Quelle part de votre patientèle est représentée par des SHN ? | <ul style="list-style-type: none"> • Pour savoir par la suite si la part d'activité que le.la MK dédie au SHN impacte ses connaissances vis-à-vis des troubles spécifiques au milieu et/ou son implication. |
| Thème 2 : Masso-kinésithérapie et sport de haut niveau | |
| Quel(s) sport(s) pratiquent les SHN que vous prenez en charge et dans quelle tranche d'âge se situent-ils.elles ? | |
| <p>QR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si mineurs : quelles relations avez-vous avec les parents ? | <ul style="list-style-type: none"> • Connaitre les disciplines que pratiquent les athlètes, car la prévalence de TCA dépend du sport pratiqué. • On cherche à savoir si certains sports pourraient plus confronter les MK à cette problématique. • Savoir s'il y a une différence de PEC, d'information sur l'état de santé des mineur.es. |
| À quelle fréquence rencontrez-vous les SHN que vous prenez-en charge ? | |
| <p>QR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les accompagnez-vous lors de déplacements ? • Les accompagnez-vous sur le terrain ? • Les suivez-vous au quotidien ou ponctuellement ? • Si ponctuellement : est-ce que les rendez-vous se répètent avec les mêmes personnes d'une année/d'une saison à l'autre ? | <ul style="list-style-type: none"> • Connaitre la présence du.de la MK auprès des athlètes • Avec les questions suivantes, savoir si les différentes fréquences de présence des MK influence les relations avec les athlètes et le staff. |
| Comment décririez-vous votre relation avec les SHN ? | |
| <p>QR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce qu'ils.elles vous demandent des conseils ? Se confient à vous ? | <ul style="list-style-type: none"> • Savoir si les athlètes ont tendance à voir le.la MK comme une aide, une personne de confiance. • Savoir quel genre de relation le.la MK cherche à créer avec l'athlète. |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Savoir si le.la MK est proche ou plutôt distant.e des athlètes, ce qui peut influencer les réponses aux autres questions. • Savoir s'il y a un lien entre le taux de présence du.de la MK auprès des athlètes et leurs relations. |
| <p>Quelle relation entretenez-vous avec l'équipe médicale et au sein de l'équipe paramédicale des SHN ?</p> | |
| <p>QR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Êtes-vous informé.e de l'état de santé des SHN que vous prenez en charge ? • Si oui, comment et par qui ? • Êtes-vous convié.e aux réunions pluridisciplinaires ? • Vous sentez-vous écouté.e par le staff médical ? | <ul style="list-style-type: none"> • Savoir si le.la MK est intégré.e au staff • Savoir s'il y a communication entre MK et autres professionnels de santé ? • Connaitre la nature des PEC (pluridisciplinaire, PEC MK isolée ...) • Savoir s'il y a un lien entre le taux de présence du.de la MK auprès du staff et leurs relations. • Savoir s'il y a une relation différente selon le lieu de PEC des athlètes (cabinet, structure, déplacement). |
| <p><u>Thème 3 : Troubles du comportement alimentaire dans le sport de haut niveau</u></p> | |
| <p>Pourriez-vous nous parler de vos connaissances sur les TCA spécifiques au SHN ?</p> | |
| <p>QR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le thème des TCA a-t-il déjà été abordé lors de formations ? • Avez-vous reçu des informations sur les TCA lorsque des athlètes vous ont été envoyé.es ? | <ul style="list-style-type: none"> • Savoir si la personne a déjà reçu des informations sur les TCA et/ou si elle est allée en chercher d'elle-même. • Savoir si le niveau d'information est lié à l'implication auprès des athlètes. • Est-ce que le.la MK est informé.e sur les troubles que peuvent développer les SHN qu'il.elle va prendre en charge ? |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Savoir si la problématique des TCA est abordée dans les formations et dans le milieu du SHN. • Savoir si les professionnels de santé sont sensibilisés à cette thématique. |
| Quels sont, d'après-vous les signes avant-coureurs de TCA chez les SHN ? | |
| <p>QR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Êtes-vous attentif.ve à ces signes ? • Quelles sont selon-vous, les personnes à prévenir ? | <ul style="list-style-type: none"> • Savoir si la personne s'est renseignée pour pouvoir être vigilante. • Savoir si elle a connaissance des premiers signes ou des signes fréquents chez les athlètes souffrant de TCA. • Savoir comment elle agirait en cas de doute. • Savoir s'il y a un lien entre les disciplines des SHN et les connaissances du.de la MK. |
| Vous est-il déjà arrivé de déceler ces signes chez un.e SHN ? | |
| <p>QR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'avez-vous fait ? • Comment ont été reçues vos informations ? | <ul style="list-style-type: none"> • Savoir s'il y a une vigilance particulière. • Savoir si la fréquence varie selon les MK et leur activité. • Savoir s'il y a des différences entre les connaissances de la personne et la manière dont cela se passe en réalité. |
| <u>Thème 4 : Masso-kinésithérapie, sport de haut niveau et troubles du comportement alimentaire</u> | |
| S'il vous est déjà arrivé de rencontrer un.e SHN souffrant de TCA, pourriez-vous nous parler de cette rencontre ? | |
| <p>QR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment avez-vous été au courant du trouble ? • Avez-vous modifié votre PEC ? • Aviez-vous préalablement été prévenu.e ? Par qui ? • Qu'avez-vous ressenti ? | <ul style="list-style-type: none"> • Nous posons la question de cette manière pour l'inciter à nous faire part de cette expérience. • Savoir s'il y a une gêne à parler de ce sujet ou si la parole est libre. |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que vous pourriez nous parler de ces séances ? | <ul style="list-style-type: none"> • Connaître la manière qu'on les athlètes qui sont confronté.es aux TCA de l'exprimer ou de le cacher. • Savoir si le.la médecin prévient le.la MK. • Savoir si le.la MK est informé.e ou non lorsqu'il.elle reçoit des athlètes avec des TCA. • Savoir si on l'inclut dans ce le traitement de ces troubles ou non. |
| <p>SHN MINEUR-ES : Si vous avez rencontré un.e ou plusieurs athlètes mineur.es souffrant de TCA, y a-t-il eu des différences par rapport aux PEC des athlètes majeur.es ?</p> | |
| <p>QR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact avec les parents ? | <ul style="list-style-type: none"> • Connaître la place des parents et ce que cela modifie pour le.la MK. • Savoir si les informations sont différentes et différemment données lorsque les athlètes sont mineur.es. |
| <p>Quelles différences avez-vous ressenti dans la PEC de ces patients (si vous en avez ressenti) ?</p> | |
| <p>QR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaient-ils des comportements différents ? Abord plus difficile ? Repli sur soi ? Besoin de se confier ? • L'adhésion au traitement était-elle similaire à celle des autres patients ? | <ul style="list-style-type: none"> • Savoir si le.la MK a senti le besoin et/ou a su adapter sa PEC ? • Connaître dans quelle démarche sont ces patient.es. • Savoir s'il y a des traits particuliers (en demande d'écoute , plutôt refermé.es sur eux.elles-mêmes). |
| <p>Pour compléter vos propos précédents sur vos relations au sein du staff médical/paramédical, de quelle manière participez-vous aux décisions relatives aux TCA des athlètes que vous suivez ?</p> | |
| <p>QR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Êtes-vous concerté.e lors des décisions concernant l'athlète (suspension de l'entraînement, des compétitions ...) ? • Dialoguez-vous avec les entraîneurs, diététicien.ne.s du sport, psychologues, médecins ... ? | <ul style="list-style-type: none"> • Savoir si le.la médecin prend en compte l'avis du MK pour certaines décisions • Savoir s'il y a un lien entre l'information que l'on donne au.à la MK et les retours qu'on attend. |

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ces derniers vous sollicitent-ils.elles pour avoir des informations sur l'athlète ? | |
| <u>Thème 5 : Ouverture et conclusion</u> | |
| Comment auriez-vous pu être mieux préparé.e à la problématique des TCA chez le SHN ? | |
| <p>QR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous qu'il serait/qu'il est nécessaire d'aborder ce sujet en profondeur lors des formations de kinésithérapie sportive ? • Pendant la formation initiale ? | <ul style="list-style-type: none"> • Savoir s'ils.elles pensent que plus de MK devraient avoir connaissance de cette problématique |
| Y-a-t-il des choses que vous aimeriez mettre en place pour améliorer la prise en charge et/ou les connaissances des TCA chez les MK ? | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Savoir s'ils.elles pensent mettre des projets en place, et donc connaître leurs volontés et leur investissement sur ce sujet. • Les amener à réfléchir sur le fait qu'il est peut-être possible de faire quelque chose vis-à-vis de ces troubles. | |
| Voulez-vous ajouter quelque chose pour clôturer cet entretien ? | |

Annexe III : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Consentement libre et éclairé de l'enquêté·e :

Je soussigné·e, avoir pris connaissance de la
fiche informative ainsi que de tous les éléments nécessaires à mon accord de
participer à l'étude sur la place du·de la MK dans la prise en charge des troubles du
comportement alimentaire du·de la sportif·ve de haut niveau.

À

Le

Signature

Précédée de la mention « Lu et approuvé ».

Annexe IV : Fiche informative

FICHE INFORMATIVE

Thème et contexte de l'étude :

L'étude porte sur la place du·de la masseur·kinésithérapeute dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire chez le·la sportif·ve de haut niveau. Elle se situe dans le cadre du mémoire de fin de formation en masso-kinésithérapie.

Enquêtrice et direction :

Clara VIOLA, étudiante en 4^e année de masso-kinésithérapie à l'ILFMK (Nancy).

Sous la direction de :

Thomas CLÉMENT, masseur-kinésithérapeute et formateur ILFMK.

Confidentialité :

Aucune information confidentielle ne vous sera demandée. Vous êtes libre de suspendre votre participation à l'enquête, d'interrompre l'entretien à tout moment et de ne pas répondre à une ou plusieurs questions à tout moment, **aucune justification** ne sera attendue. L'entretien sera **enregistré** et conservé jusqu'à sa retranscription. La **retranscription** se voudra fidèle à vos propos et **anonymisée**, le **nom de l'enquêté sera remplacé** par sa qualité et le numéro de l'entretien (ex : MK3).

Entretien :

L'entretien est un moment d'échange autour du sujet de l'étude sur une durée de **30 minutes à 1 heure** selon les éléments que vous apportez. Des questions ouvertes vous seront posées, sentez-vous libre de partager votre vécu et votre expérience. **La retranscription de l'entretien ainsi que le rendu final de l'étude pourront vous être envoyés par mail si vous le souhaitez.**

Annexe V : Retranscription des entretiens

Entretien MKH (Haltérophilie)

Anciennement auprès de l'équipe de France d'haltérophilie et d'un club de football professionnel

Les informations personnelles sont remplacées par la lettre « X » afin de garantir l'anonymat

CV : Bonjour !

MKH : Bonjour !

CV : Est-ce que vous avez des questions avant de démarrer ?

10 MKH : Non non, on verra !

CV : Je vais commencer par vous rappeler que l'échange sera rendu anonyme qu'aucune information confidentielle nouveau sera demandée, que l'entretien est enregistré pour permettre plusieurs écoutes et une retranscription fidèle de ce dernier. Aucun propos ne sera modifié ou sorti de son contexte, vous êtes libre d'interrompre l'échange à tout moment de ne pas répondre à toutes les questions qui vous seront posées. Aucune justification ne vous sera demandée. Nous intéressons à la prise en charge masso-kinésithérapique des sportifs et sportives de haut niveau souffrant de troubles du comportement alimentaire. Sentez-vous libre de partager et d'échanger sur ce sujet et de dériver sur des sujets non abordés mais qui vous semblent
20 pertinents.

MKH : Ok ! Parfait !

CV : Pour commencer, euh, pourriez-vous vous présenter en tant que MK ?

MKH : Donc heu, je suis MK depuis 1998. J'ai euh plusieurs spécialités, j'ai une spécialité en traumatologie du sport, en kinésithérapie du sportif et en pédiatrie. Donc j'ai œuvré dans pas mal d'organismes dans le sport, dans un club de foot professionnel, ensuite je me suis occupé de l'équipe de France de, enfin des équipes de France olympiques d'haltérophilie, pour les préparations des jeux méditerranéens en X et les jeux olympiques de X en X. Ensuite j'ai fait quelques soutiens santé et les préparations pour des IronMans. Et ensuite qu'est-ce que j'ai fait encore dans le
30 domaine du sport ? Bon j'ai été sportif de haut niveau, j'étais international de handball universitaire. Qu'est-ce que j'ai fait d'autres ? ... Haha. J'ai fait une petite formation en

alimentaire euh, il y a une dizaine d'années à peu près où on a vu l'alimentation pour les sportifs un petit peu. Voilà, qu'est-ce qu'il y a d'autre ? Voilà c'est tout à peu près. Après je suis un peu un touche à tout. D'un point de vue rééducation, euh, j'ai fait du pilate, j'ai été formé, tous mes profs c'étaient tous des ostéopathes donc j'ai un peu cette approche ostéopathique un petit peu et pas forcément de la rééducation pure et dure. Et ensuite, qu'est-ce que je voulais dire ... Ce qui est important ... bof après ça viendra au fur et à mesure.

40 CV : Ok ! Quand vous interveniez auprès des SHN, vous les preniez en charge au cabinet ? Dans des pôles ? Dans des clubs ?

MKH : Alors euh, soit c'était au cabinet, au club quand j'étais dans le club professionnel de foot, après au cabinet euh et après pour les haltérophiles ça a été toujours dans des centres de formation.

CV : D'accord, quel pourcentage de votre activité est ou était dédié à la PEC de SHN ?

MKH : De haut niveau, ça reste marginal, on va dire entre allez 20%, 20% de mon activité.

CV : Est-ce que vous aviez des sportifs majeurs ? Mineurs ? Les deux ?

MKH : Les deux.

50 CV : D'accord, hum.

MKH : J'ai fait un an, dans le club de foot j'ai fait un an dans le centre de formation. Donc j'ai fait un an en équipe une, un an en équipe professionnelle et un an dans le centre de formation de cette équipe.

CV : Et donc ces footballeurs, ils étaient pris en

MKH : Attendez, deux petites secondes je coupe mon téléphone. Voilà.

CV : Dans les centres de formation, les clubs de foot c'étaient des SHN ? Sur liste ministérielle aussi ?

60 MKH : Oui tout à fait, tout à fait. C'était en Belgique, c'était à X. C'était l'équivalent du Paris St-Germain quoi. Donc c'était l'équivalent du Paris St-Germain si vous voulez, en centre de formation et en équipe professionnelle. L'équipe une était vraiment l'équipe professionnelle, on faisait des déplacements à l'étranger, en France, en

Belgique ... et après le centre de formation je m'occupais des cadets nationaux, c'est des ados de 15 ans quoi. Mais ils sont déjà salariés, ils touchent de l'argent, ils sont sous contrat.

CV : D'accord, donc ça va un peu se répéter dans les réponses. À quelle fréquence rencontriez-vous ces sportifs et sportives ?

70 MKH : 100%, quand j'y était c'était 100%. Quand j'étais salariés du club c'était 100%. Après quand j'ai arrêté, quand je suis rentré en France, j'avais plus ce rapport-là. Je parle avec les footeux hein. Après avec les haltérophiles on est salarié de la fédération et quand vous partez pour des stages de formation pour des compétitions, vous les encadrez, vous êtes 100% avec eux. Donc euh, vous pouvez pas. Quand j'étais avec eux je n'étais pas dans mon cabinet, je n'avais pas d'activité autre. Donc quand j'étais avec eux 100%, après sur un volume annuel ça représente, quand j'ai arrêté le club de foot et que je suis allé avec l'équipe d'haltérophilie ça représente 20% en volume annuel.

CV : Et ces sportifs-là, vous les voyiez en permanence ou seulement quand ils étaient blessés ?

80 MKH : Là il peut y avoir plusieurs phases. Si vous voulez grossièrement quand ils sont en phase de préparation vous avez deux entraînements par jour, où là vous les suivez, c'est vous qui, en général vous faites les étirements, vous les suivez euh les étirements et certaines préparations quand y'a pas forcément un préparateur physique. Et ensuite, y'a une, vous avez du temps entre chaque entraînement pour faire les soins ou la PEC individuelle. Voilà comment ça se répartit un peu votre journée de préparation. Donc euh, après on se met de concert avec l'entraîneur ou le préparateur physique et on fait un état des lieux un petit peu si vous voulez et on va dire « voilà untel il suit bien son truc, lui il est en soin » au fur à mesure. La règle c'est vraiment : étirement, préparation avant chaque entraînement et ensuite vraiment le soir en règle générale, tous les soins pour ceux qui sont vraiment en soins. Après euh, là aussi moi je ne participais qu'aux préparations. Parce qu'en fait, c'est difficile, ils sont pas ... Le
90 pôle France n'est pas dans ma région. Le pôle France d'haltérophilie n'est pas dans la région toulousaine, et donc j'ai pas ce suivi-là. J'ai pas le suivi des gens, moi je ne les suivais qu'en préparation. Vous êtes, quand vous êtes dans une fédération comme l'haltérophilie, vous avez des kinés qui vont s'en occuper, soit à l'INSEP à Paris soit

au niveau du pôle France qui vont s'occuper des haltérophiles pendant tout le long de l'année. Après vous avez les kinés qui vont partir durant les compétitions, qui sont en général ceux qui font les préparations et qui vont suivre tout ça. Là on a plus un rôle ponctuel, encore différent pendant la compétition. Un rôle bien ponctuel de suivi, d'éviter les blessures, et de faire la continuité des soins, si soin il y a. Et après c'est surtout, préserver, faire de la prophylaxie.

- 100 CV : D'accord, et comment vous décririez vos relations avec ces athlètes ? Si vous voulez, on peut séparer, si les relations étaient différentes on peut parler d'abord du foot puis de l'haltérophilie ou l'inverse.

MKH : C'est totalement différent. Euh, c'est vraiment particulier ... Le foot c'est, moi j'avais vraiment l'impression d'être un larbin de luxe. Donc euh, vous voyez ce que je veux dire. Au foot, il y a de tels enjeux économiques, que votre choix, votre choix à vous, vous faites vos, vous devez vous adapter à un système avec des obligations où paradoxalement on est pas dans le bien-être de la personne. Je m'explique : c'est-à-dire que quand vous avez des enjeux tellement économiques, je parle au niveau professionnel. Vous avez des enjeux économiques tels que votre petit protocole pour

- 110 la tendinite qui part sur trois semaines, euh, bref on va laisser tomber. On va plutôt envoyer chez le médecin qui va faire une infiltration, et vous lui prodiguez un bon massage pour le décontracter et ça s'arrête là *ton ironique*. Y'a moins d'investissement.

Dans le centre de formation, là quand même on a un rôle modérateur qui est intéressant. Parce que là quand même on vous écoute un petit peu plus. On a quand même un enjeu, vous êtes sur des enfants, sur des adolescents on a un rôle modérateur entre les volontés du club et les volontés des parents. Parce que souvent on s'aperçoit qu'on est à la limite de la maltraitance quand même. Quand on parle vraiment du SHN. C'est vraiment particulier.

- 120 Ensuite, alors pour les haltérophiles c'est encore autre chose. L'haltérophilie c'est un sport très ingrat, c'est un sport très ingrat, où y'a très peu de reconnaissance. Autant pécunier que représentatif d'un point de vue médiatique, donc euh, fin voilà. Donc, la personne là, notre engagement à nous y'a un respect pour ces gens-là, qui vont se mettre à fond dans leur activité et là ils vont nous demander beaucoup plus de choses, et là on va s'impliquer beaucoup plus. Donc ce sont vraiment des choses différentes,

et là y'a vraiment des rapports différents. En fonction du sport, en fonction de l'enjeu qu'il va y avoir c'est différent. Et la place et les relations que vous allez avoir avec le staff sont différentes.

CV : D'accord

- 130 MKH : C'est à dire avec l'entraîneur, avec le préparateur physique, avec le euh, le directeur technique, entre les différents kinés, les ostéopathes ... Tout le staff médical qui va gravir autour, ça va être euh particulier. Et l'avantage que nous nous avons en tant que kinés c'est qu'on a un rapport privilégié avec l'athlète. Et donc euh, vous allez avoir souvent, ça me rappelle pour X pour les jeux olympiques de X. On avait eu une réunion à Paris au comité Olympique et là on était tombé avec tous les kinés des différentes fédérations et on avait discuté et on parlait un petit peu de ce rapport privilégié entre l'athlète de haut niveau, le kiné et le reste du staff, c'est un petit peu si vous voulez, l'intermédiaire. Où y'a des choses que l'athlète va vous dire plus à vous, et moins à l'entraîneur. En fonction du type de sport, si c'est un sport individuel ou
- 140 collectif, les rapports sont pas les mêmes. Dans un sport collectif vous avez le rapport d'équipe où le sportif doit trouver sa place dans l'équipe. Là aussi c'est particulier. Et parfois il va vous faire passer des messages pour vous, qu'il n'irait pas confier soit à ses confrères euh à ses coéquipiers plutôt, soit qu'il n'irait pas à l'entraîneur, à ses médecins, à ses ... c'est différent. On a vraiment un rôle de tampon. Et c'est difficile aussi de garder sa place parfois, d'être, de rester neutre par rapport à tout ça, c'est compliqué ça, c'est vrai. Surtout que dans le foot, où c'est quand même des jeunes, quand on parle des équipes professionnelles. C'est des jeunes qui même s'ils ont suivi des études plus ou moins difficilement, c'est, ils sont très ... on va dire immatures. Donc ils recherchent un petit peu ce référentiel-là. Et c'est vrai que nous on a euh, on
- 150 a ce rôle-là. Parce qu'on est proches d'eux, on va passer une heure ou ¾ d'heure de soin, donc c'est, on a un échange qui est important. Et notre vision, notre opinion compte beaucoup. Donc il faut faire attention de pas trop prendre parti, de pas trop rester éloigné parce que c'est pas bon non plus, euh, de rester dans la ligne un petit peu de ce que veut l'entraîneur, ... C'est compliqué. C'est pour ça qu'en début de saison en général, y'a une grande réunion avec l'entraîneur, le préparateur physique et on met tout ça à plat. On met les grandes lignes un petit peu, les grandes lignes directives de comment va se passer la saison. Et là pour pas qu'il y ait de dissonances entre le discours de l'entraîneur, le sportif ... Vous voyez ce que je veux dire ? Pour

qu'il y ait vraiment un discours commun. Ça c'est important, et c'est d'autant plus
160 important aussi, parce que c'est vrai qu'on en a pas beaucoup parlé, mais c'est là
réathlétisation après les blessures. Ça aussi c'est très important, parce que quel sportif a
été très éloigné pendant les compétitions, dans un sport co., a été éloigné du collectif
... Euh, la réathlétisation c'est important aussi, et ça se fait pas n'importe comment.
C'est vrai que dans vos études on en parle pas et c'est vraiment une spécialité à part
entière. C'est vraiment particulier, très intéressant mais vraiment particulier.

CV : D'accord, d'accord. Et avec les équipes médicale et paramédicale (dont vous
faites partie), quels rapports aviez-vous ?

MKH : Alors, on a euh, moi euh, quand j'étais dans le club de foot professionnel j'ai
pas eu de relations, j'étais plutôt euh, 2^e couteau, j'étais pas vraiment le leader dans
170 l'équipe. EN haltérophilie ça a été un peu différent où là j'ai pu suivre pendant deux
ans une grande préparation pour les jeux olympiques, là y'a eu vraiment une grande
discussion de concert, y'a vraiment une place, on vraiment comme je dis un groupe
de discussion. Après, c'est une petite fédération. On prend le football ou la fédération
d'haltérophilie, ou la fédération d'athlétisme ou de judo ou autre, c'est différent.
L'haltérophilie c'est différent, c'est une petite fédération, y'a 3 kinés qui se battent en
duel euh, un médecin, un ostéopathe de temps en temps, euh pas de nutritionniste.
C'est compliqué, c'est pour ça que cette petite fédération quand elle part à des grandes
compétitions, elle préfère se préparer dans des gros centres. Y'en a un à Vittel, un
gros centre de préparation, où là vraiment, y'a toute l'infrastructure qui permet, si on
180 parle d'un point de vue nourriture, y'a une restauration bien particulière, où y'a des
nutritionnistes et des diététiciens qui vont agir. Enfin vous voyez ce que je veux dire,
où chacun va amener, on a pas besoin d'amener notre grain de sel quoi. Après ça
c'est pour les petites fédérations, les grandes fédérations elles ont tout ce qu'il faut.
Après c'est sûrement beaucoup cloisonné que ne le sont les petites fédérations.

CV : Ok, est-ce que vous étiez convié aux réunions pluridisciplinaires ?

MKH : Euh, souvent, souvent. Comme je vous dis, souvent on est réunis. Y'a les
réunions fédérales, fédérales qui permettent de faire la grande ligne par rapport aux
préparations ? Après y'a des points particuliers, à la reprise après les congés ... y'a
vraiment des points particuliers où on va se réunir ensemble, où le responsable va
190 prendre et va déléguer, va répartir un petit peu les tâches. Par exemple nous on était

3 kinés, y a le kiné principal qui va lui répartir un peu les tâches par rapport aux autres kinés. Et pas forcément tous les trois kinés vont assister à toutes les réunions, autrement ça serait compliqué quoi. Après en règle générale, pour nous en France, ça se passe souvent à Paris quoi. C'est l'INSEP qui gère tout ça. Après en règle générale, les leaders de toutes les fédérations, des grosses fédérations sont à Paris ou sont dans la région parisienne.

Les $\frac{3}{4}$ des athlètes qui venaient quand j'étais moi venaient de la région parisienne. Y'avait quelques bordelais, quelques marseillais mais après le gros, le gros du staff venait de la région parisienne. Le gros des athlètes était de la région parisienne.

200 CV : D'accord, ok. Maintenant, est-ce que vous pourriez nous parler de vos connaissances sur les TCA spécifique dans le SHN ?

MKH : Alors, là aussi c'est, ça va être particulier. Hum, comment dire. On va retrouver des TCA souvent chez des gens, plus en haltérophilie qu'en football car il y a un culte du corps qui est différent, autant dans l'un que l'autre. Il faut se dire que dans la fédération d'haltérophilie, vous avez la force vive, vous avez le culturisme, donc y'a vraiment ce culte du corps. ET après vous avez un autre problème qu'on va retrouver dans d'autres fédérations aussi et dans d'autres sports, c'est le problème du poids. C'est-à-dire que dès que le poids va être un enjeu ou une stratégie de comment, de compétition hein, en fonction du poids.

210 CV : De classification ?

MKH : Exactement ! Ça va jouer dans, ça va être un vecteur de choix. Alors, plus ou moins facilement supportable euh, et plus ou moins facilement gérable. Donc après c'est sûr, qu'est-ce qu'on entend par TCA ? Si on parle de troubles classiques donc l'anorexie, la boulimie, après c'est compliqué de fixer une normalité. Est-ce que c'est normal d'imposer à son corps 6 ou 7 heures de musculation par jour, 6 jours sur 7 ? Moi je sais pas. Si déjà, si on estime que ça c'est normal, on va estimer que c'est normal de perdre 1 à 2 kilos euh dans une journée. C'est compliqué, c'est ... J'ai réfléchi un petit peu en amont parce que j'étais sûr que vous alliez me poser cette question, j'ai réfléchi en me disant « qu'est-ce qu'on entend par troubles du comportement ? ». Après euh, j'ai été spectateur d'une athlète qui s'est tapé un bocal de, le plus gros de Nutella, qui doit faire quoi, 3 ou 4 kilos, en 2 jours ... Est-ce que c'est un trouble du comportement ? Je sais pas. Surement. Après, c'est vrai que je me

220

rappelle aussi d'une fois, on était tous ensemble à la cantine du centre de formation. Et vous auriez pas fait manger de la viande à un haltérophile le soir. J'en ai discuté avec des diététiciens, y'a pas de, non c'est pas mal de manger de la viande le soir. On peut manger de la viande le soir. Mais ils sont ... voilà quoi. Y'a aussi une notion de légendes urbaines qui passent un petit peu, donc c'est particulier. Quand c'est des fédérations comme ça, où y'a des athlètes et chacun y va un petit peu de son, de sa recette c'est ... On est, il faut se dire que l'haltérophilie est clean depuis les années 230 95,96 où on a, où ils ont essayé d'éradiquer un peu tout ce qui est dopage, tout ce qui est voilà quoi. Avant c'était vraiment, ils faisaient des préparations, des trucs, c'était un peu borderline quoi ... Tout ça pour dire que c'est vrai que c'est, on est pas au football où y'a beaucoup de finances, où on va faire des préparations où on va partir à Font Romeu pour augmenter l'EPO. C'est encore un petit peu ... voilà. Les limites elles sont un petit peu, c'est encore plus un problème on va dire sociétal, un problème un peu philosophique qu'autre choses. C'est cette notion de normalité. Comme je vous ai dit tout à l'heure, est-ce que c'est normal de lever de la fonte pendant 6 heures tous les jours de la semaine ? C'est pour ça, moi je sais pas. C'est compliqué, c'est pas évident. Mais après c'est vrai que, il y a la gestion du stress, et c'est vrai qu'il y a cette 240 gestion du stress, c'est des athlètes aussi qui, je parle des haltérophiles, c'est leur corps. Leur outil c'est vraiment leur corps. C'est pas comme quelqu'un qui va faire du canoë-kayak qui va utiliser du matériel ou un cycliste, il va aussi utiliser du matériel. Là, vraiment c'est leur corps. Donc cette gestion du corps est particulière, et leur vision du corps est particulière. Donc est-ce qu'ils auraient des schémas corporels différents ? Je sais pas. Peut-être, peut-être mais comme je vous dit c'est compliqué là, c'est vraiment compliqué.

CV : D'accord, quels sont d'après-vous les signes avant-coureurs d'un TCA ?

MKH : Bah c'est, moi je vais dire un signe avant-coureur c'est déjà un mal-être, on va passer déjà à un problème psychologique. Après euh, qui va se refléter sur ça, qu'on 250 peut considérer comme maltraitance, comme ce qu'on veut. C'est compliqué, moi j'ai un peu de mal parce que c'est, c'est relatif à une certaine normalité. Donc ça va fluctuer en fonction de ... C'est-à-dire que quelqu'un ... Quand un haltérophile veut perdre 2 kg parce qu'il veut tirer dans une catégorie inférieure, il va aller faire 2 heures de sauna pour perdre de l'eau. Heu, voilà, enfin, c'est ça, des signes avant-coureurs je ... À part un mal-être ... je sais pas, je sais pas, à part de voir que ça ne correspond pas à ma

normalité à moi ... En me disant ça ne me correspond pas à ma normalité ou à ce que j'entends de ce qu'il devrait faire lui pour être dans les normes. Je sais pas ... Et vous, qu'est-ce que vous en pensez ?

260 CV : Justement, y'a pas de bonne ou de mauvaise réponse. C'est vous, quand vous étiez proche de ces sportifs-là, quel signe vous aurait fait dire « euh là, je pense qu'il y a quelque chose à chercher »

MKH : Comme vous avez dit. Quand c'est tellement disproportionné. Ben il m'est venu l'histoire du Nutella, c'est ça. C'est que j'ai trouvé ça tellement, tellement gros de s'être tapé cette bonbonne de Nutella, vous savez qu'on peut voir dans les fêtes foraines, quand ils font les gaufres, en 2 jours. Je me suis dit voilà euh, je me suis dit y'a quelque chose ... Mais la nana elle avait, après c'est ça, elle avait je m'en rappelle, j'avais suivi un petit peu. Elle s'était blessée en début de stage, et donc elle fait ce, un coup de blues parce que je sais pas quoi. Peut-être elle avait téléphoné à son copain. Bref, elle se tape ces trucs-là et après elle a fait une fin de stage fabuleuse. Donc après vous signalez en disant « celle-là elle va avoir un problème » parce que machin, et après elle vous fait des valeurs, des résultats qui sont exceptionnels ... c'est compliqué. Alors c'est sûr, c'est comme je vous dis, une autre anecdote. J'étais au centre de football et je voyais euh, je voyais comment ça s'appelle, un gamin qui venait pour la énième entorse de cheville qui venait se faire soigner. Et il venait avec ses parents. Et donc et ses parents ils disaient « mais je comprends pas, il faut que tu y ailles, il faut que tu forces ». Et ce gosse, il me regardait en me disant « fais quelque chose euh j'en peux plus. ». C'est ça si vous voulez, c'est qu'au bout d'un moment, la limite c'est jusqu'où on peut aller pour le bien de tous, ou pour son bien à lui en disant « ben voilà, c'est pas bien ce qu'il fait mais il va arriver à son but ». C'est compliqué, je sais pas. C'est 280 compliqué de prendre un petit peu le dessus. C'est ça qui est un petit peu compliqué, enfin je suppose que vous n'avez pas d'enfants ?

CV : Non

MKH : C'est là aussi, si un jour vous avez un enfant et qu'il se décide à faire du sport, pour qu'il atteigne un certain niveau, y'a un moment donné où sa volonté à lui ne suffit plus. Si on veut vraiment, vous il faut que vous passiez outre un petit peu pour le pousser. Jusqu'où vous pouvez aller, est-ce que c'est vraiment totalement contre sa volonté, ou est-ce qu'il manquait de volonté un petit peu et vous étiez là pour le diriger.

C'est ça ... Et là c'est pareil, c'est-à-dire que si vous estimez en votre âme et conscience que le fait de se taper 2,5L de coca. Euh de coca, de Nutella, ça peut être
290 préjudiciable pour sa santé, pourquoi pas. Mais la prise c'est qu'il réussit ... Est-ce que la fin justifie les moyens ? Voilà. Je sais pas.

Ils avaient fait y'a une quinzaine d'années, un questionnaire à l'INSEP. Ils avaient posé une question, c'est des sportifs qui devaient avoir entre 17 et 22/23 ans. Ils avaient dit : « on vous donne un médicament » donc du dopage, « vous le prenez, vous être sûr d'être médaillé d'or aux jeux olympiques qui suivent, mais vous allez succomber dans les 3 ans qui suivent ». Ils ont eu pour résultats 40%. 40% c'est énorme, de cette catégorie-là qui prennent la pilule. Donc c'est ça qui est compliqué. Donc si vous, vous arrivez, vous êtes au courant de quelque chose, si ça peut être vraiment délétère, mais
300 comme je vous ai dit, parfois c'est pas forcément délétère. Ou des attitudes qui pourraient avoir, que vous vous pourriez estimer que c'est vraiment un TCA et pour eux c'est une certaine normalité pour pouvoir arriver à leur but. C'est compliqué, donc c'est pour ça que là pour vous donner une bonne réponse... Après tout dépend du sport ...

Est-ce que le fait de freiner la croissance chez les gymnastes c'est un trouble, c'est mal ou c'est pas bien ? Alors que pourtant on sait que en faisant faire du sport très très très jeune, vous freinez la croissance, l'arrivée des règles, enfin bref. Est-ce que c'est bien c'est pas bien ?

Y'a Nadia Comaneci, elle a écrit un super roman, enfin un roman, un livre là-dessus, autobiographique où elle explique un petit peu ce qui s'est passé là-bas, en Roumanie.
310 Toute son histoire, comment ça s'est passé, cette maltraitance qu'elle a eue, la dureté du traitement, autant physique que psychologique euh et voilà. Et puis vous voyez qu'on a souvent en ce moment, en gymnastique on a encore des entraîneurs qui viennent d'Europe centrale qui inculquent un petit peu ça. Quand on voit la dureté des entraînements des gymnastes, euh. Je pense que là aussi ça aurait été pas mal de voir aussi si vous avez l'occasion de discuter avec des kinés qui s'occupent de gymnastique. À mon avis ça doit être pas mal là aussi. Je pense que ça serait pas mal de voir ça parce que là aussi vous aurez, là ça se voit. Là ça se voit parce que dès qu'elles arrêtent les nanas euh le sport à haut niveau, elles revivent. Elles revivent enfin entre guillemets, leur corps comme euh, elles reprennent la croissance enfin tout
320 ça, enfin quand elles le peuvent. Donc c'est compliqué quoi vraiment, moi c'est

toujours la question je me suis posée : « jusqu'où je vais prendre le dessus ? » en me portant l'avocat du diable, en disant « hop il faut arrêter là, parce que ça va trop loin. ». C'est compliqué.

Y'avait eu une expérience aussi y'a ... dans les années 70. Sur l'autorité, et on voit que souvent on a la facilité de se déléguer vers une certaine autorité pour pouvoir laisser passer certaines choses.

CV : Ok, et hormis l'athlète dont vous nous avez parlé qui a mangé beaucoup en quelques jours, est-ce que ça vous est arrivé de déceler des signes que vous vous jugiez signes d'un mal-être, d'un trouble alimentaire qui tente de se développer ?

- 330 MKH : À part cette histoire qui m'avait un peu marquée, parce que ça avait un peu un côté risible ... Après il faudrait vraiment que je ressasse toutes ces histoires. Après ces des gens que moi j'ai trouvé qui avaient un regard bien bien strict avec leur corps. Donc d'un point de vue alimentaire, avec certains dogmes, certains dogmes alimentaires, euh soit par légendes urbaines soit par érudit, érudition. Après d'un point de vue, ça pas été flagrant. Moi j'ai pas vu quelqu'un qui allait se faire vomir ou quelqu'un qui mangeait 3 tonnes de pâtes. Après voilà, enfin comme je dis, c'est pas, après on est quand même dans un milieu euh très encadré. Donc vraiment si y'avait des gros gros troubles, je pense pas qu'on puisse être un super athlète en ayant des gros problèmes alimentaires. Vous voyez ce que je veux dire. Mais après là, voilà,
- 340 comme je vous dis, cette notion de normalité elle est, ça va dépendre de 50 000 choses. Est-ce que c'est normal de, un footeux qui va s'entraîner deux fois par jour lui aussi mange le matin à 10h30 un plat de pâtes, vous voyez là aussi c'est ... C'est particulier, c'est sûr que pour nous commun des mortels, y'a des choses qu'ils vont faire qu'on va trouver aberrantes. Mais bon, ou des quantités, mais comme la dépense est différente, voilà. Mais moi des gros épisodes, des gros troubles alimentaires, à part ces histoires-là, moi j'ai rien vu de particulier.

CV : Et donc ces personnes-là donc l'athlète qui avait mangé beaucoup de Nutella et il y avait un autre qui avait perdu beaucoup de poids juste avant une compétition il me semble ?

- 350 MKH : Oui oui, oui c'est ça tout à fait.

CV : Qui est-ce que vous avez prévenu, si vous avez prévenu du monde ?

MKH : Beh moi j'avais fait un rapport à l'entraîneur, à l'entraîneur quand on avait fini le stage je lui avais marqué un petit rapport avec toutes mes remarques que j'avais fait durant le stage. Je l'ai pas fait sur le moment. J'ai pas eu l'impression que ça avait porté plus ou moins ses fruits. Comme je vous ai dit, y'a deux politiques, est-ce que la fin justifie les moyens ? Donc comme je vous dis, y'a des fois où vous allez vraiment avoir l'impression que votre rôle, que votre voix, que votre position peut amener quelque chose. D'autres fois, vous êtes juste un instrument et vous suivez. Vous vous avez fait votre job parce que vous l'avez signalé, mais comme je vous dis, moi j'ai pas forcément tous les tenants et tous les aboutissants. C'est compliqué, enfin voilà j'ai pas vraiment tous les tenants.

CV : D'accord, quand vous avez rencontré ces sportifs qui avaient des TCA, comment est-ce que vous les avez abordés, comment se passaient les séances avec ces sportifs ?

MKH : Euh, alors euh, pour être sincère avec vous, j'en ai pas forcément parlé avec eux. Voilà, après on avait un moment privilégié parce que chacun une fois par jour je les massais tous. Donc voilà on passe une heure un petit peu, on discute de tout et de rien. Y'a un décrochage si vous voulez parce que moi je suis pas assez calé dans ses sports là pour amener une ... une comment ça s'appelle ?

370 CV : Une expertise ?

MKH : Exactement ! C'est pas mon job et que mon job moi, c'est de remettre un petit peu à zéro le corps pour qu'il soit performant le lendemain matin. Donc euh voilà, après sincèrement on en a pas parlé. C'est pas, puis je me sens pas suffisamment calé, je suis pas psychologue pour pouvoir désamorcer les choses. Après voilà, je suis un être humain, s'il me dit « voilà ça se passe mal avec mon copain ou ma copine, c'est pour ça que je me sens pas bien, j'ai besoin de manger pour 4 » voilà. Après si effectivement il vous dit « voilà demain je dois monter sur le podium, ou sur le ring il faut que je fasse 60 kilos et j'en fais 62 », voilà, il faut trouver un moyen pour y arriver. C'est sûr que ça aurait été mieux d'avoir une culture alimentaire tout au long de la

380 préparation pour arriver et tout, mais c'est super compliqué. Donc forcément vous allez faire quelque chose pour perdre ces 2 kilos, c'est indispensable. Pareil pour les judokas, on les voit courir avec les k-ways, les machins pour faire de la sudation. Donc voilà, ils vont pas arriver en vous voyant et vous dire « voilà je me fais vomir après

tous les repas parce que je dois perdre 2 kilos ». Non, c'est pas ça, et puis c'est pas, ça se dit pas.

CV : Et il vous est pas arrivé de prendre en charge des patients chez qui c'était diagnostiqué ?

MKH : Non, non, non non.

CV : D'accord, et est-ce qu'il y avait des mineurs qui selon vous avaient des troubles ?

390 MKH : Je sais pas. Je sais pas. J'ai dû en avoir hein, mais c'était pas évident. Après en cabinet, en cabinet j'ai eu des sportifs avec des troubles alimentaires. Autant en obésité euh, même d'obésité chez les sportifs, mais pas à haut niveau.

CV : Donc euh, y'avait pas vraiment de PEC kiné de patients atteints de TCA ?

MKH : Si on parle de haut niveau non, non.

CV : Et est-ce que ça vous est arrivé de participer à des décisions concernant la nutrition, la prévention des TCA ?

MKH : Non, non non.

CV : D'accord.

400 MKH : Je pense que, et puis moi je leur ai dit que j'étais pas suffisamment compétent pour leur répondre ? Enfin moi j'ai jamais assisté autant à des réunions où on a dit « voilà, on va parler de ... » non, non non.

CV : Est-ce que c'est parce que c'était un sujet tabou ?

410 MKH : Pas vraiment, mais je pense que au niveau auquel j'étais ça a jamais été une discussion. La seule fois où j'ai assisté vraiment, c'était une réunion, j'avais la chance d'être avec le kinésithérapeute et le médecin de l'équipe de France de handball, qui rentraient des jeux olympiques de Londres je crois. Et en fait on avait juste parlé un petit peu de problèmes de réhydratation et d'alimentation. Mais après en rapport avec ma fédération et ma pratique non jamais. Là c'était intéressant aussi, mais c'est plutôt quand c'est des grandes fédérations comme le handball où ils ont un diététicien, des machins des tout ça. Où par exemple quand ils ont des relations avec certains produits de récupération. Y'avait par exemple Vichy St-Yorre qui avait proposé des produits pour récupérer plus vite. Et en fait ils nous avaient dit que rien ne vaut de l'eau et une bonne alimentation pour récupérer quoi. Ils nous parlaient de la compensation de la

perte en vitamine D. Ils avaient fait un test, juste avant les JO de Londres, ils avaient testé toute la sélection de handball en vitamine D. Et la question qui s'était posée, c'était : « est-ce qu'on va aller suppléer en vitamine D pendant toute la préparation ou si seulement avec une alimentation équilibrée ça suffisait ? » pour voir si c'était intéressant de prendre des UV doses ou pas. Bref, donc, ils donnent rien, ils se basent vraiment sur une bonne alimentation, des bonnes nuits de sommeil, avec des réveil
420 matin 9h, coucher le soir 20h, bref le truc vraiment spartiate. Bref, ils font les jeux olympiques, ils sont champions olympiques. On les retrouve en stage de pré-JO et pareil on re-teste en vitamine D et ils sont toujours carencés. Donc en conclusion, certaines carences, chez le SHN ne posent aucun problème.

Donc là, on a un déséquilibre, est-ce que ça vaut le coup de le compenser parce qu'on est sur un public de SHN. Là ils nous parlaient de la récupération, eux pareil, ils ne prennent que de l'eau. Et c'est pas pour ça qu'ils sont 5 fois champions du monde. Donc voilà, c'est la seule fois où on a eu vraiment une discussion alimentaire. Après le reste ...

CV : Comment auriez-vous pu être mieux préparé à la problématique des TCA dans
430 le SHN ?

MKH : Cette question elle ... Y'a deux, y'a plusieurs catégories dans le sport. Vous allez avoir le sport de haut niveau, qui pour moi est, c'est vraiment une catégorie à part. Après vous avez le sportif lambda et vous avez le sportif du dimanche. Donc, voilà c'est en fonction de ces catégories. Pour le SHN, c'est pas mon rôle, chacun a sa place, on est tous ... Est-ce que mon rôle est un lanceur d'alerte, est-ce que je suis le mieux placé pour lancer l'alerte ? Je sais pas. Je sais pas. Euh après voilà, je pense que celui qui est le mieux placé c'est le médecin qui fait la visite de contrôle ou le médecin qui va amener un diagnostic. Après moi je peux être pas mal, je peux être un vecteur d'explication car il risque de me dire des choses qu'il ne dirait pas au médecin,
440 donc c'est là que ça peut être intéressant. Une fois que le diagnostic est fait, le médecin vient me voir en me disant « oui, vous êtes pas au courant de quelque chose ? » pour essayer de comprendre les origines de ce trouble. Et comment on pourrait faire pour le résoudre. Mais après en première ligne c'est pas moi. Je pense pas que le kiné, après je parle pour le SHN. Après pour le sportif lambda, qui bouge pas mal, entre 6 ou 8 heures par semaine. Là oui, y'a un truc intéressant parce que vous allez être, votre rôle de kiné, vous allez être préparateur sportif, vous allez tout faire en même

temps, donc là, vous allez faire le médecin du sport, vous faites tout un petit peu. Donc là vous allez avoir un truc intéressant, de peut-être de première instance. Et pareillement pour le sportif du dimanche qui va faire 2 heures de sport par semaine vous allez pouvoir faire quelque chose. Parce qu'il va vous dire « voilà je viens parce que j'ai envie de perdre du poids » c'est le grand truc, là vous allez avoir un rôle. Mais après pour le SHN je pense pas. À part ce, ce rôle de confident, mais après ça va s'arrêter là je pense.

450 CV : D'accord. Vous avez déjà un peu répondu à la question, mais est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez mettre en place pour améliorer les connaissances des MK et les PEC des SHN souffrant de TCA ?

MKH : Fin, moi je pense que c'est d'avoir, fin il faut qu'il y ait cet échange, cet échange au niveau du staff médical, et après cette, arriver à pouvoir déceler le problème, mais après comme je vous dis, ça sera plutôt le médecin qui va arriver à faire le job. Nous on, comme je vous dis, y'a vraiment cette culture du cloisonnement. Malgré qu'on 460 veuille dire autre chose, y'a cette culture du cloisonnement Par contre, ce qui peut être intéressant aussi, c'est que là je vous parle aussi d'une situation où je suis le kiné qui prépare, enfin qui est au sein d'une préparation pour une compétition. Le kiné qui va suivre euh l'athlète de haut niveau tout au long de l'année, lui il va se retrouver en première instance. Alors là peut-être, peut-être, mais y'aura toujours ce rôle de confident, ça sera plus dans un rôle de confiance ou de choses évidentes. Parce que vous allez être témoin d'un trouble, mais bon, fin en règle générale ils ne viennent pas pour manger au cabinet quoi.

CV : D'accord ! Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose pour terminer cet 470 entretien ?

MKH : Bah non, je sais pas, non ?

CV : Ça marche, merci à vous !

Entretien MKB (Boxe)

Intervient auprès d'un club de boxe

Les informations personnelles sont remplacées par la lettre « X » afin de garantir l'anonymat

CV : Bonjour !

MKB : Bonjour !

CV : Je vais commencer par vous rappeler que l'échange sera rendu anonyme qu'aucune information confidentielle nouveau sera demandée, que l'entretien est enregistré pour permettre plusieurs écoutes et une retranscription fidèle de ce dernier. 10 Aucun propos ne sera modifié ou sorti de son contexte, vous êtes libre d'interrompre l'échange à tout moment de ne pas répondre à toutes les questions qui vous seront posées. Aucune justification ne vous sera demandée. Nous intéressons à la prise en charge masso-kinésithérapique des sportifs et sportives de haut niveau souffrant de troubles du comportement alimentaire. Sentez-vous libre de partager et d'échanger sur ce sujet et de dériver sur des sujets non abordés mais qui vous semblent pertinents.

MKB : Bien sûr

CV: Première question, est-ce-que vous pourriez vous présenter en tant que MK ?

20 MKB : Alors bonjour, je m'appelle X, je suis masseur-kinésithérapeute. J'interviens en cabinet en Moselle et en Meurthe-et-Moselle dans le sport, et plus précisément au Centre X à X pour le club de boxe de X, en boxe française et multi boxe. Je suis également enseignant vacataire à l'IFMK de X et auprès de Staps de X.

CV: Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

MKB : Je suis diplômée de 2017

CV: Donc vous prenez en charge des patients sportifs et sportives de haut niveau ?

MKB : Oui de haut niveau, mais aussi des sportifs lambda de tous les jours.

CV: Est-ce que vous avez participé à des formations ?

30 MKB : Alors, en termes de formation, tu veux parler de la formation qui est connue qui est kiné du sport ?

CV: Toutes formations confondues

MKB : Alors en termes de formation, avant d'être kiné j'étais enseignant en activité physique sportive donc avec la filière Staps, là-dessus j'ai un master. À côté de ça j'ai aussi toutes les formations d'entraîneur de boxe française et anglaise. J'ai d'autres formations en lien avec thérapie manuelle et voilà à peu près ce que j'ai dans mes bagages.

CV: Donc vous pratiquez la spécialité de kiné du sport et d'autres spécialités en plus ?

40 MKB : Alors en cabinet la prise en charge est très variée. Tu as la kinésithérapie traditionnelle, on peut avoir de la rhumato, on peut avoir de la traumatologie standard, mais également tout ce qui touche aux soins à domicile pour les personnes qui sont en syndrome de glissement. Et puis un peu de déconventionné aussi en activité physique adaptée.

CV: Quel pourcentage de votre activité il désire la prise en charge de sportifs et sportives de haut niveau ?

MKB : En pourcentage, je dois être sur 35,40%, si on compte les interventions en Meurthe-et-Moselle au club de sport.

CV: Ok, et à quelle fréquence est-ce que vous suivez ces sportifs ?

MKB : C'est hebdomadaire, tout au long de l'année, à fréquence de 2 à 3 fois par semaine.

50 CV: Est-ce que vous les accompagnez lors de déplacements ?

MKB : Bien sûr, oui. Tout ce qui est compétition en fait, je serai présent sur tous les déplacements des boxeurs.

CV: Dans les sports qui sont pratiqués par les sportifs que vous prenez en charge, on a la boxe, et d'autres sports ?

60 MKB : Alors quasi essentiellement ce sont des boxeurs du fait du contrat avec le club de X, mais au sein du cabinet en Moselle, ça peut être vraiment varié. Là récemment j'avais un international luxembourgeois en foot golf. Donc c'est assez particulier comme activité mais ça peut être super varié, tennisman aussi, j'ai eu beaucoup de course à pied, des mecs qui font du marathon. Alors on ne peut pas parler de haut niveau parce qu'ils ne sont pas sur les listes de haut niveau mais ils ont un bon niveau.

CV: Et dans quelle tranche d'âge se situent ces sportifs et sportives ?

MKB : Entre 20 et 30 ans.

CV: D'accord donc pas de mineur.e.s ?

MKB : Non.

CV: D'accord. Alors pour la prochaine question, vous avez déjà un peu répondu. C'était : à quelle fréquence est-ce que vous les prenez en charge. Donc vous les prenez en charge quand il y a des blessures ou en tout temps ?

70 MKB : En tout temps. Donc là on va parler plutôt des sportifs que j'ai au club. Ils sont suivis toute l'année. Actuellement c'est un peu compliqué on est d'accord au vu du contexte sanitaire particulier. Mais d'habitude, les licenciés que j'ai donc qui sont haut niveau et intermédiaire (ils ne sont pas encore pros. mais pas loin), je les ai toute l'année. En suivi pour faire des bilans, pour analyser un petit peu leur traumatologie. Et puis éventuellement leur « bobologie » si je peux dire, parce que ça reste des sportifs et ils ont beaucoup d'inquiétude quant à leur état physique. Donc j'ai beaucoup de suivi à propos de ça, et également quand ils sont blessés il y a toute la partie traitement qui est faite pour un retour sur le sur le ring assez rapidement, mais en gardant bien entendu toutes les précautions qu'il y a grâce à la littérature et la connaissance du sport lui-même.

80 CV: D'accord comment décririez-vous votre relation avec les sportifs et sportives de haut niveau ?

90 MKB : C'est compliqué ... C'est une très bonne question. C'est professionnel, on essaie de garder une certaine distance, mais c'est assez compliqué. Ça n'a rien à voir avec une relation de cabinet ou hospitalière. Si tu veux, il y a quand même une certaine proximité avec ces sportifs là parce que ce sont des mecs et des nanas hein, hommes et femmes bien entendu, qui sont au club, avec qui moi-même je mets les gants avec eux, on fait la même activité donc il y a aussi une proximité à ce niveau-là. C'est des gens que je suis en compétition, que je suis en déplacement partout en France ou même en Europe. Il y a toujours beaucoup de proximité parce que voilà, on partage la même chambre en déplacement, des choses comme ça. Donc il y a quand même cet aspect amical, mais dans lequel il faut garder toutefois une distance professionnelle, je veux dire, si j'ai des consignes et des conseils, voir des obligations à leur donner, ils

doivent m'écouter. Et ça, j'essaie de le conserver du mieux possible mais c'est vrai qu'on a tendance des fois à dévier un peu plus sur le côté amical dans ce milieu-là.

CV: Et est-ce-que des fois ils se confient à vous ?

100 MKB : Ah oui, tout le temps. On a une double casquette kiné et psychologue des fois, parce que ce sont des personnes qui ont besoin d'être rassurées très souvent. Qui savent que moi ou n'importe quel kiné du sport a une connaissance de l'anatomie, des connaissances de base physiologique, connaît les pathologies ... Donc c'est là, on est l'interlocuteur pris en premier en fait. Déjà dès le moindre pépin, on est censé leur donner tout de suite la réponse pour les rassurer, leur dire ce que c'est. Eux ils sont là en attendant de notre part clairement d'être rassurés. Dans le fond ils ont besoin qu'on leur dise que ce n'est pas grave, que la blessure, le pépin physique qu'ils ont actuellement ne va pas être un frein à leurs entraînements ou à leur future compétition. Ils sont vraiment dans l'attente d'être rassurés. Donc on essaie de les rassurer après quand le pépin sportif physique est trop important on n'a pas le choix que de leur dire stop c'est sûr. Mais ils attendent beaucoup d'une personne qui connaît le métier, qui connaît le corps humain afin de les rassurer. Ils sont vraiment dans l'attente de ça. Ce ne sont pas spécialement des personnes qui sont au fait de leur corps. Ce sont des gens qui ont le baccalauréat certainement, qui ont eu leurs cours de SVT et des choses
110 comme ça, ils connaissent le corps humain, mais pas comme nous kinés on peut le connaître, donc ils sont vraiment dans l'attente de ça.

CV: D'accord. Et avec les équipes médicale et paramédicale (dont vous faites partie), quels rapports avez-vous ?

MKB : Et ben ... Les équipes médicales dont je fais partie, au sein du club je suis le seul, y'a pas de médecin, y'a pas d'infirmier, y'a pas ça. Dans le staff on va dire, il y a l'entraîneur, il y a le manager du club et puis les autres éducateurs éventuellement et le ou les kinés.

CV: Et est-ce que ces boxeurs ou boxeuses ont un médecin qui est souvent le même ? Médecin du sport ?

120 MKB : Ils ont leur médecin généraliste, mais sur les compétitions il y a obligatoirement un médecin qui est sur place, qui sera là au cas où il y a de la blessure à l'instant T. Mais sinon il n'y a pas de médecin du sport attiré.

CV: Et avec leur médecin généraliste, vous dialoguez ou pas ?

MKB : Très peu, très très peu.

CV: D'accord.

MKB : C'est peut-être de ma faute, certainement. Car je ne prends pas le temps de les contacter mais c'est vrai que je n'ai pour le moment jamais eu besoin d'avoir de contact avec eux.

CV: D'accord, ok. Est-ce que vous pourriez nous parler de vos connaissances sur les

130 TCA spécifique dans le SHN ?

MKB : Heu, l'alimentation, elle est absolument indispensable. Si on fait un triptyque entraînement, sommeil/repos et alimentation, et bien c'est le triptyque gagnant s'il est bien réalisé, dans le cadre de l'hygiène de vie d'un SHN. Si ta question veut être dans le sens global est pas spécifique à mon activité, euh, c'est un peu spécifique dans les activités tu me diras, mais c'est des phases en fait. La personne ne va pas s'alimenter de la même manière en fonction de la période. Pour faire simple hein tu vas avoir une période plus de préparation physique globale générale la PPG, où là il va falloir davantage travailler (ça dépend de l'activité) ça peut être ; travail de fond, endurance, ou alors plus de musculation assez globale mais intensive, dans laquelle il va falloir

140 que sur le plan alimentation ça suive. Puis ensuite on va passer à quelque chose de plus spécifique, on rentre dans la PPS, plus tard dans la planification sportive. Et là on va peut-être moins demander d'efforts aux sportifs, mais plus de techniques, plus la décomposition du geste. Quelque chose de plus harmonieux, répéter, répéter, répéter, mais sans que ce soit aussi intensif et que ça utilise autant d'énergie. Donc là l'alimentation doit être complètement différente et moins intense. Alors que sur la période de la PPG, elle doit être plus chargée on va dire, s'ils veulent se mettre dans la figure les séances préparées. Et il y a aussi toute la partie compétition, et on sait que quand on arrive à une compétition il faut être relativement léger, bien dans son corps et harmonieux. Parce que clairement, euh la bouffe ne fera jamais gagner une

150 compétition mais elle pourra te faire perdre. Je peux te faire un extrême, si tu ne manges le cassoulet ultime la veille ou tu fais une choucroute party avec tes potes, le lendemain à une compétition tu vas être détraqué au niveau de ton bide, et terminé, tu ne feras pas la performance de ta vie. De surcroit tu vas digérer toute la nuit et ça va te bouffer de l'énergie en plus, voilà ça c'est une évidence. Mais bon, pas besoin d'éduquer les gens là-dessus. Donc là aussi il y a toute une barre d'alimentation. Je

m'égare un peu dans tout ce que je dis, mais est ce qu'on peut recadrer ta question ?
Parce que je sais plus où on devait en venir.

CV: Vous disiez que selon les phases de la saison, il y avait des alimentations différentes pour atteindre les objectifs. Donc voilà, c'était parler de ça et des TCA et de vos connaissances.

Par exemple, est-ce que vous avez déjà eu des informations, par le club, des médecins prescripteurs au cabinet ou généraliste, sur les TCA, en plus un sport à catégories de poids ?

MKB : Évidemment, on est sensibilisé là-dessus en fait avec la ligue Grand-Est de boxe française, hein là je vais vraiment zoomer sur ce que je connais le mieux, vis-à-vis de l'alimentation du sportif. En boxe française, et dans n'importe quel sport de combat et d'opposition, tu le sais bien il y a des catégories de poids. Si tu t'inscris en septembre dans une catégorie de poids, en juin tu dois y rester. C'est pour toute l'année, tu vas signer pour rentrer dans une catégorie. Ce qu'il y a comme problème, chez les pros comme chez les amateurs, c'est que dans leur quotidien, dans leur vie, dans leur croissance, leur mode de vie, peut-être qu'ils vont plus s'alimenter, moins s'alimenter, et ça va avoir des répercussions très importantes à sur leur compétition. Moi-même quand j'étais SHN, il m'est arrivé de perdre beaucoup trop de poids avant une compétition. Si t'es plus au poids, t'es disqualifié et ta saison elle est foutue. Et donc ça c'est vraiment un problème, et les jeunes aujourd'hui, moi je le regarde dans mon club, c'est des jeunes qui font des compétitions, euh c'est la malbouffe pendant toute la toute la semaine. Arrivé au moment de compétition, ils vont complètement arrêter de manger, mettre des tee-shirts de sudation ou quelque chose comme ça pour les entraînements et se sécher totalement pour arriver à l'échéance sur la balance au bon poids. On est d'accord que c'est absolument dramatique. Parce que c'est contre-nature d'aller dans ce sens-là. S'alimenter très fort puis faire un jeûne complet juste pour perdre du poids et monter sur le ring dénutri. C'est un gros problème qu'on retrouve aussi chez les boxeurs amateurs ou haut niveau et qui n'ont pas été sérieux dans le suivi de balance et qui vont arriver aussi dénutris et très faibles le jour de la compétition. Et là le problème c'est quoi ? C'est les performances qui vont être très mauvaises parce qu'un corps qui n'a pas d'énergie, qui n'a pas de carburant ne pourra pas faire les performances qui lui sont demandées. Et puis il y a toujours le risque de malaise qui peut survenir. Et ce serait ce qu'il y a de moins grave, parce que si la

- 190 personne fait le yoyo toute la saison avec son poids, c'est des pathologies beaucoup plus graves qui peuvent survenir, comme des pathologies cardiaques par exemple. Et ça, ça peut être beaucoup plus embêtant. Donc oui on en a beaucoup des problèmes du comportement alimentaire. Et c'est vraiment dès que l'échéance arrive, les gars arrêtent de manger. Donc c'est pas une rigueur tout au long de l'année. C'est ce qu'on a vu là ce week-end, si tu suis un peu les sports de combat. Ce week-end, c'est un boxeur poids plume qui devait faire un combat pour une ceinture mondiale est qui était totalement dénutri, parce qu'il a dû perdre je ne sais plus combien de kilos juste avant le combat. La veille il a été hospitalisé, il fallait le réalimenter avec une perf et le lendemain il était sur le ring. Ils sont prêts à tout, même à martyriser leur corps juste avant la compétition.
- 200 CV: D'accord, et vous disiez, la ligue Grand-Est vous en a parlé ?
- MKB : Oui ! On a des informations en newsletter en fait, qui tombent tous les 2 ou 3 mois, ils nous sensibilisent.
- CV: D'accord, euh quels sont d'après vous les signes avant-coureurs de troubles du comportement alimentaire chez les sportifs et sportives de haut niveau ?
- MKB : Qu'est-ce que tu veux dire par avant-coureur ?
- CV: Quels seraient les signes qui vous feraient supposer la potentielle présence d'un TCA ?
- 210 MKB : D'accord, nous ce qu'on fait, c'est que toutes les semaines, au moins 2 fois par semaine ils sont obligés de passer par la case balance. Donc ils vont monter sur la balance à chaque fois en début de séance d'entraînement (pas après parce que ça peut être biaisé du coup par la perte hydrique). À partir de là on sait où ils sont, donc si c'est toujours stable c'est qu'il n'y a pas de réel problème de comportement alimentaire sauf quand on approche de la compétition. Et c'est toujours le même problème, c'est que on va dire que t'as la compétition, c'est une semaine avant du coup on les pèse et on voit qu'ils sont encore à 3 ou 4 kilos au-dessus de leur poids d'inscription. Là on sait très bien que la semaine suivante ils vont faire n'importe quoi, on sait que la semaine suivante ils vont se dénutrir. Donc là on est embêté. Là on sait déjà que c'est euh problématique, qu'on a même loupé le coche. Il fallait déjà s'y attarder 2 ou 3 semaines avant, pour pouvoir les laisser être vigilants sur les poids à
- 220 ce moment-là. On tient en fait un calendrier des poids pour tous les compétiteurs et en

fait dès qu'on arrive à 2, 3 semaines avant l'échéance on est obligé de les rappeler à l'ordre, quitte à leur donner des informations alimentaires pour le jour J. Ce qui n'est pas toujours respecté.

CV: D'accord, et là c'est plutôt des signes physiques, d'amaigrissement ou de prise de poids avant/après les échéances, après la compétition. Est-ce qu'il y a d'autres signes auxquels vous êtes attentif ?

MKB : Perte de performance. Perte de performance pendant les entraînements Les mecs qui sont capables de te faire des super séances, on va dire un mois avant la compétition parce qu'ils sont bien alimentés hum là-dessus ils ont un apport en protéines, en graisses, en sucres qui est très bon donc le soir à l'entraînement ça se passe bien. Et quand on arrive aux séances plus rapprochées de la compétition, ils sont souvent dénutris et fatigués. Ils ne finissent même pas la séance, y'en a qui vont aux toilettes pour aller vomir, on se dit : « c'est clair qu'il y a un problème. ». C'est qu'alimentairement ils ont juste pris un petit déj et puis c'est tout et après ils sont venus à l'entraînement le soir. Et là on est embêté, très embêté. On travaille là-dessus, sur ce problème-là d'alimentation, qui est en cours euh très compliqué avec ces gars-là parce que bah tu ne peux pas être avec toute la journée. Limite un footballeur de haut niveau, euh son métier c'est le foot haut niveau. Et il va prendre son billet tous les mois, ça va bien se passer. Un boxeur de haut niveau c'est pas ça qui va quand même le faire manger hein. À côté de ça, il a une famille, il a des problèmes, il fait encore peut-être des études, des choses comme ça et du coup il n'y a pas cet accompagnement au quotidien sur son alimentation. C'est à lui de se débrouiller. Et on va dire que socio économiquement parlant, dans ce club à X, c'est pas non plus des gamins qui vont aller prendre des nutritionnistes, des diététiciennes ou vont prendre l'abonnement « comme j'aime » pour aller bien à je ne sais plus combien de centaines d'euros par mois. Non, les gars vont aller au plus simple, ils vont se nourrir avec du low-cost. C'est ça aussi le problème qu'on a. C'est une 2e problématique qu'on a, mais bon ça on ne va pas pouvoir jouer sur leurs problèmes socio-économiques.

250 CV: Est ce qu'il vous est déjà arrivé des déceler ces signes ?

MKB : Oh bah oui. Oh oui, assez souvent.

CV: Oui, et qu'est-ce que vous-avez fait ?

MKB : Moi de toute façon c'est simple. Comme je suis kiné du club et je suis aussi entraîneur. J'ai une proximité avec les autres coachs du club. On va dire que quand on approche des compétitions, moi je les prends en spécifiques. Plus quand ils ont des petits bobos. Plus on va approcher d'une compète, plus tu vas monter en niveau et tu vas t'exposer à des blessures. Donc moi je les ai sur une partie de l'entraînement et les autres les ont ensuite sur plus de la PPS, donc là toute la technique spécifique. Euh c'est simple quand on décèle, le gars n'est vraiment pas dans son assiette, ou
260 clairement qui me dis : « je ne me suis pas bien alimenté, tous les soirs je prends un bain bouillant plus là je porte ma tenue de sudation mais t'inquiète je serai au poids », moi je dis « c'est niet. Tu ne t'entraînes pas. » Parce que là ça va le mettre en danger. Et ce qu'il faut savoir c'est que ces gars-là euh, plus on approche de la compétition plus ils vont avoir le besoin de s'entraîner. C'est comme quand t'es étudiante et que on approche d'une épreuve, tu vas réviser beaucoup plus qu'il y a 2 semaines. Bah là c'est pareil, alors que c'est totalement néfaste surtout à l'approche d'une compétition, où on va plutôt privilégier des temps de repos plus importants. Et eux ont besoin vraiment de s'entraîner plus. Bon même si on leur dit « tu restes chez toi on ne veut pas te voir au club », ils vont quand même aller courir ou faire leur musculation chez
270 basic fit. Et du coup c'est sûr que le jour de la compétition, ça va être une catastrophe. Donc nous quand on les voit en grande fatigue comme je te dis, ou presque en malaise hein, parce qu'ils ne s'alimentent pas ils peuvent faire des hypoglycémies et ben on leur dit « Tu arrêtes la séance ». Et tu verras que les priver de la séance c'est une manière de les punir en fait, parce que ça veut dire : « Si je ne suis pas en forme, ils ne me feront pas faire ma séance et si je ne fais pas ma séance, je vais perdre ». Donc tu vois, c'est une manière aussi un peu de les éduquer.

CV: D'accord. Est-ce que vous avez donné des conseils aux sportifs une fois que vous aviez décelé des signes de TCA ?

MKB : Oui, on les donne, mais c'est trop tard en fait. Quand on arrive déjà à ce niveau-
280 là, c'est presque trop tard. Quand c'est comme ça c'est, c'est un peu illogique hein d'aller dans ce sens-là. Après la kiné du sport, elle est assez martyrisante pour le sportif, et elle va un peu à l'encontre de tout ce qu'on apprend en institut ou dans la littérature. Mais t'as une échéance qui va arriver dans quelques jours, le mec va être au poids ça c'est sûr, mais il va être fragilisé. Qu'est-ce qu'on fait ? La question se pose. Tu vas être fatigué mais sur un malentendu ça peut quand même passer. Si tu

déclares forfait, là ta saison est terminée. Tu t'es entraîné pour rien. Donc on est face à une grosse interrogation. Qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on le laisser y aller ? Est-ce qu'on le déclare forfait ? C'est aussi du choix du boxeur, il est adulte, il est responsable.

290 On y va quand même, la compétition elle se fait quand même et donc ouais en termes de conseils et consignes qu'on peut donner au sportif ; c'est de reprendre une alimentation on va dire légère avec des doses plus élevées en termes de légumes et de fruits. Ce n'est pas ce qui va être le plus stocké, mais la sensation de satiété va être quand même plus importante. Moi je ne suis pas nutritionniste ni diététicien, et ça je le laisse de bon cœur à ces professionnels-là. Moi mon rôle, ça va être déceler comme tu dis leur dénutrition, leur mauvais comportement alimentaire et je vais les conseiller du mieux possible en termes alimentaire. Mais je ne vais pas leur dire d'aller reprendre de nouveau des portions de dingue pour être en forme, sinon ils vont arriver à un poids qui ne sera pas le bon, c'est contradictoire.

300 Donc, quand on a décelé le problème trop tard, il faut sauver ce qu'on peut. C'est tout. Et on va essayer de colmater du mieux possible tout en essayant de maintenir un poids jusqu'à la compétition. Sinon quand c'est vraiment très grave ; malaises, blessures (ils peuvent se blesser à l'entraînement suite à un mauvais comportement alimentaire) bah c'est terminé. C'est terminé, y'aura pas de compétition. Mais sinon on va essayer de l'alimenter avec des aliments relativement sains et qui t'assurent une sensation de satiété.

CV: D'accord, et comment sont reçus vos conseils et vos indications ?

MKB : On les amène devant le fait accompli hein. C'est très éducatif au final tu vois. On leur explique qu'ils sont totalement responsables de leur situation, de leur cas. Et
310 à partir de ce moment-là c'est simple, c'est comme avec des gosses. C'est triste à dire. « Tu n'as pas fait ce qu'on t'avait dit de faire. Tu n'as pas suivi ta balance comme il fallait, bah maintenant tu t'entraînes plus. Tu te réalimentes, tu te resucre comme il faut jusqu'à la compétition, quitte à ce que tu aies un manque de chance en termes d'entraînement face à ton adversaire. » Mais y'a que comme ça que quand ça arrive une fois, ça n'arrive plus la deuxième fois. Une fois qu'ils se sont rendus compte qu'ils avaient été totalement irresponsables dans leur suivi alimentaire, la fois suivante ils sont beaucoup plus vigilants parce qu'ils ne veulent pas revivre ça. Le problème c'est,

si le manque s'est dénutri complètement, qu'il est monté sur le ring et qu'il a gagné, il va vous dire « bah tu vois, ça marche quand même, je peux le refaire », mais ça marche rarement.

320

CV: Comme vous avez déjà rencontré des sportifs et sportives de haut niveau souffrant de TCA, est-ce que vous pourriez nous parler de cette/ces rencontre(s) ?

MKB : Alors ... Le mec avait 18 ans, et euh à 18 ans il était clairement dans une phase de fin de croissance. En faite sa croissance elle s'est arrêtée vers 18. Donc il y a eu toute une phase de prise de masse musculaire très très important sur cette saison-là et là, lui il était inscrit en septembre pour boxer dans les moins de 70 kg il me semble. Il est clairement monté à 76-77 kilos en arrivant aux mois de mars/avril. 7 kilos hein, et c'était pas du gras. C'est que le mec euh bah socialement c'est sympa de prendre du muscle, c'est sympa pour sur les photos hein sur les réseaux. Donc ça c'est de la muscu à côté de ses entraînements de boxe. Et il est devenue énorme, il est devenu énorme, énorme, énorme. Et donc à ce moment-là on était très embêté parce que le gars avait des portions alimentaires énormes. Et c'est bien hein, c'était pas du kebab, c'était pas tacos, il mangeait bien, il était content. Donc il était content, il avait un physique, mais le gars, pour son avenir il était beaucoup trop musclé. Et alors le problème là ça a été de lui expliquer que ça suffirait pas de faire juste du t-shirt de sudation ou des footings de dingue à côté. C'est qu'il fallait qu'il arrête totalement la musculation. Il avait une euh, une génétique qui lui favorisait vraiment la musculature. C'est injuste hein la génétique. Et lui dit qu'il faisait un peu de musculation il gonflait. Donc il a fallu complètement arrêter tout ce qui était musculation, repartir dans des filières anaérobies, et puis le faire sécher quoi. Le faire sécher donc là alimentaires parlant on va davantage partir sur un peu moins de protéines, plus de fibres, euh plus de légumes, plus de fruits, des choses comme ça. Mais euh, en étant super vigilant. Mais le problème, c'est que quand tu passes une demi-saison à beaucoup faire de la musculation, ton corps réclame de l'énergie. Quand maintenant tu dis à ton corps « bah nan tu ne manges plus maintenant faut que tu fondes », bah c'est difficile. C'est difficile un sevrage hein. C'est super difficile. Donc ça a été compliqué sur le plan psychologique en fait. C'était de l'agressivité, le mec était un peu intolérant à tout ce qu'on lui disait parce que justement ils étaient en sevrage de bouffe, tout simplement. Euh, ça s'est bien passé, on a réussi à perdre les kilos qu'il avait en trop, donc il a bien fondu. Il a pu faire sa compète et ça s'est bien passé. Mais euh, faire comprendre aux

330

340

350

gens que la musculation peut être aussi un frein, euh, un vrai problème en termes de prise de poids, c'est difficile. C'est difficile, c'est difficile surtout chez des jeunes de 18 ans. Donc on a beaucoup été confrontés à ça.

Et puis après, bah il y a tous ceux qui sont un peu plus à la cool en termes de nourriture, et qui vont se faire du fast-food assez souvent. Et là on est plus sur un problème de coup de masse grasseuse, là euh bah là on a l'habitude hein c'est beaucoup beaucoup de cardio. On bascule beaucoup plus l'entraînement sur du cardio et moins sur du technique, pour le faire fondre. Et habituellement, comme les mecs restent jeunes et c'est des corps qui ont l'habitude d'être un peu transformés, euh on arrive au poids
360 comme il faut. Euh, le seul problème c'est le mien et si tu veux je te raconte ma vie hein. C'est que quand je devais faire les championnats de France, euh, c'était dans les années 2015 2016. J'étais étudiant kiné encore à ce moment-là, j'étais parti faire un stage sur Lyon et c'était un stage libéral. T'as dû en faire des stages libéraux, tu te rends compte que c'est du 8h 20h tous les jours ... C'est physique hein quand t'es un
jeun petit étudiant avec des habitudes de vie assez plan-plan et confortables, où tu peux et tu fais 8h-16h/18h, après que tu manges, tu fais tes activités ... Là moi je faisais plus ça. C'était ; le matin je me levais, je prenais mon vélo, j'allais en stage. Le soir à 20h je rentrais, je mangeais, j'allais me coucher. Entre midi on mangeait sur le
370 pouce, du coup je ne pouvais plus m'entraîner et je pouvais moins m'alimenter. Donc j'ai eu une perte musculaire et adipeuse très importante, et j'étais inscrit en moins de 80. Je suis arrivé avec beaucoup de kilos en moins le jour de la compétition. Euh là, le problème en boxe c'est que si t'es trop léger, enfin si c'est un mec qui est plus lourd bah tu te fais un peu défoncer. Enfin y'a une différence de poids quoi. Et là, pour monter sur la balance j'ai dû boire 3 litres d'eau pour prendre 3 kilos en fait. Tu vois le truc ? Donc du coup après euh, heureusement tu montes sur la balance le soir pour boxer le lendemain matin, mais il y a des fois des compétitions où tu montes sur la balance le jour même. Donc si t'as bu 3L d'eau et tu vas boxer juste après, en termes de performances tu n'es pas efficace ... Donc tu te fais dessus.

Donc ouais, voilà, il y a toujours, il y a plein de situations en fait avec les sports et les
380 activités sportives où tu dois rester exclusif à une catégorie de poids.

CV: D'accord. Est-ce que vous avez déjà pris en charge des SHN avec des TCA avérés, reconnus ?

MKB : Non. Ça je n'ai euh, je n'ai jamais eu. Enfin si, j'en ai eu, mais là c'était dans le cadre des activités physiques adaptées en cabinet, mais avec une prise en charge de personnes avec des situations de surcharge pondérale.

CV: Ok, oui oui d'accord.

MKB : Mais pas en termes de compétitions, de sportifs ou de haut niveau.

CV: D'accord. Dans les SHN que vous aviez avec des TCA, est ce que votre PEC MK était différente de celle des autres sportifs ?

390 MKB : Oui, oui, oui oui. On prend en compte des paramètres différents quand on sait qu'une personne a des, est actuellement en phase de régime, parce qu'on peut appeler ça comme ça. Donc ça sera forcément une personne qui ne vas pas s'alimenter. Donc tu sais que là en termes de nutriments, en termes d'alimentation et de euh, d'apports énergétiques, la personne elle sera beaucoup moins, comment dire, beaucoup moins complétées. Elle va être euh, elle va avoir un réel manque. Donc ça va se traduire sur des pathologies tendineuses, assez souvent euh, des risques de euh fragilité osseuse, de la fatigue, de l'inattention, qui peut entrainer aussi tout ce qui est type entorse, luxation, toutes des choses comme ça. Parce que ton corps n'est plus en état alerte maximale, alors que quand tu es bien équipé en termes alimentaire,
400 tous les voyants sont aux verts pour que tu fasses une bonne performance. Donc il est évident que mes séances, euh de prépa physique ou de réathlétisation ou même de kiné quand on met en place certains parcours euh, vont être beaucoup plus surveillées et un peu plus adaptées aussi. Pour éviter euh, ben qu'ils se retrouvent dans des situations de blessures à l'entraînement. Ça se serait catastrophique. Surtout quand tu approches d'une compétition ...

Donc oui, on les identifie, on le sait, en fait c'est la balance qui parle de toute façon. Là-dessus on est tout de suite au fait de ceux qui vont être plus sensibles que d'autres, ouais.

CV: D'accord, et euh, du point de vue des personnes, quelle(s) différence(s) avez-vous ressenti (si vous en avez ressenti) dans ces PEC ?
410

MKB : Comment elles, elles ont perçu euh ?

CV: Oui, est-ce que leur comportement avec vous ou avec les autres athlètes était différent ?

MKB : Pas spécialement. Euh, ils ont plus d'inquiétudes, c'est ; « est-ce que tu crois que je serai au poids ? » et « en mesure de quand je vais monter sur la balance à la compète, est-ce que tu crois que j'y arriverai ? »

CV: Ok, d'accord.

420 MKB : Bah là après voilà, de 1 il faut les éduquer à ça, en leur expliquant que euh bah ils ont pris des risques. Mais la plupart du temps je leur dis clairement « ouais tu vas y arriver, tu vas arriver au poids » la plupart du temps on y arrive. Le problème c'est pas ça, c'est pas la balance, c'est ton état, dans quel état tu vas être quand tu vas monter sur le ring ? Là c'est plus embêtant. Donc on sait aussi, quand on arrive en compétition, quand le mec monte sur le ring pour affronter son adversaire, que euh, va falloir jouer avec ce qu'il pourra faire et qu'il aura pas toutes les armes nécessaires pour dérouler pendant son combat. C'est sur et certain, donc on le prend en compte aussi.

CV: D'accord. Et est-ce que l'adhésion au traitement ou à la PEC que vous proposez elle est différente ?

430 MKB : Nan nan, elle est pareil. Ils sont d'accord, là-dessus ils sont d'accord, y'a pas de, ils ne rechignent pas dans ce que je leur propose de faire, parce que euh, ils sont lésés par leur situation actuelle. Au contraire, ils sont plutôt satisfaits qu'il y ait une adaptation par rapport à ce que font les autres, pour pas être mis en danger. Donc tout est une histoire d'éducation et d'explication pour le sportif. Si tu lui expliques que, pourquoi on le fait, il adhère, il adhère forcément. En tout cas, ça ne m'est jamais arrivé que quelqu'un rechigne.

CV : Alors la prochaine question, du coup elle ne nous concerne pas trop. Parce que vous aviez dit que vous n'étiez pas trop en relation avec le staff médical/paramédical. Mais c'était : « pour compléter vos propos précédents sur vos relations au sein du staff médical/paramédical, de quelle manière participez-vous aux décisions relatives aux TCA des athlètes que vous suivez ? »

440 MKB : Bah voilà, encore une fois je n'ai pas de vraie relation avec le staff médical ou paramédical, parce que voilà, il n'y en a pas vraiment en fait. C'est une discipline sportive qui a, qui n'a pas une aura suffisante pour qu'il y ait vraiment un suivi et un staff. Ouais, y'a pas un véritable réseau.

CV : D'accord. Donc on va arriver à la fin de cet entretien. Comment vous, vous pensez que vous auriez-pu être mieux préparé à cette thématique ?

MKB : Bah ... une bonne question. Comment on pourrait être mieux préparé à cette problématique des TCA chez les sportifs ... Bah euh, je pense que ça passe déjà par la formation initiale, pour les personnes qui veulent se dédier à la kiné du sportif, mais ça peut-être aussi généralisable à la kiné traditionnelle. Une personne qui a des TCA
450 ne va pas présenter les mêmes problèmes physiologiques qu'une personne qui n'en a pas, donc la kiné ne sera pas la même. Euh, c'est intéressant, ça serait intéressant, euh je connais pas l'état actuel du programme de l'IFMK sur vos formations de kiné du sport, mais ça serait intéressant de sensibiliser les étudiants là-dessus déjà. Savoir que ça existe, c'est déjà la base, parce qu'il y en a qui ne sont pas au courant. Ça déjà pour les kinés, plus des formations post-DE là-dessus. Mais aussi, sensibiliser les clubs à ce propos-là, sur cette problématique-là. De surcroit les clubs où la catégorie de poids est indispensable, et ça ça peut passer par des formations quand on devient éducateur sportif ou entraîneur. Pour qu'ils abordent au moins ça, qu'ils abordent au moins ça dans leur cahier des charges de formation. Je sais que moi j'interviens sur
460 le certificat de formation professionnelle, pour que toi, moi ... Euh, t'es dans un club, tu donnes des cours, tu es éducatrice, et ben tu peux être rémunérée pour ça. C'est cette formation-là. Et les cours que je donne là-dessus, sont basés sur les bases d'anatomie, de physiologie et les blessures. Et c'est super bien qu'on en parle aujourd'hui, parce que ça me donne l'idée de peut-être rajouter euh, au moins une diapo ou deux sur es TCA. Donc c'est aussi très important je pense, de sensibiliser tout le tout euh du milieu sportif, et peut-être que eux ensuite se rendront compte que c'est important d'adapter leur séance en fonction de cette pathologie, si on peut appeler ça une pathologie. Et de faire appel à des MK.

CV : Ok. Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez mettre en place pour améliorer
470 les connaissances des MK sur les TCA ?

MKB : Bah, c'est ce qu'on a dit avant un peu hein

CV : oui oui !

MKB : Ça pourrait être un copier-coller. Je pense que ça passe beaucoup par l'éducation. C'est euh, c'est le plus important. Faut que ça soit fait à la source, faut que les gens soient au courant. Donc pour les MK ça pourrait être intéressant d'aborder ça en cours à l'institut.

CV : Oui c'est ce que vous disiez ! Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose pour clôturer cet entretien ?

MKB : Bah écoute je pense qu'on a, j'ai beaucoup trop parlé ahah j'ai presque plus de salive. Non, on peut s'arrêter là !

CV : Super !

Entretien MKC (Cyclisme)

Dans le milieu du cyclisme professionnel

Les informations personnelles sont remplacées par la lettre « X » afin de garantir l'anonymat

CV : Bonjour !

MKC : Bonjour !

CV : Alors je vous rappelle que l'échange sera rendu anonyme qu'aucune information confidentielle nouveau sera demandée, que l'entretien est enregistré pour permettre plusieurs écoutes et une retranscription fidèle de ce dernier. Aucun propos ne sera
10 modifié ou sorti de son contexte, vous êtes libre d'interrompre l'échange à tout moment de ne pas répondre à toutes les questions qui vous seront posées. Aucune justification ne vous sera demandée. Nous intéressons à la prise en charge masso-kinésithérapique des sportifs et sportives de haut niveau souffrant de troubles du comportement alimentaire. Sentez-vous libre de partager et d'échanger sur ce sujet et de dériver sur des sujets non abordés mais qui vous semblent pertinents.

MKC : Oui !

CV : Première question, est-ce que pour commencer vous pourriez-vous présenter en tant que kiné ?

MKC : X, MK depuis euh 15 ans, j'exerce dans le milieu du sport, enfin dans le milieu
20 du cyclisme depuis 2008, euh environ 2 mois par an. Et à côté je travaille en libéral en milieu rural.

CV : D'accord ! Et donc vous prenez en charge des patients SHN ?

MKC : Heu, je prends des patients en charge en déplacement, de haut niveau. Et là maintenant, avec le temps j'ai une patientèle euh, cette semaine j'avais des gars de l'EDF de ski, aussi fin voilà je me retrouve avec une patientèle maintenant qui commence à être orientée sport et de plus en plus euh finalement vraiment orientée sport. Mais essentiellement des sports d'endurance. J'ai pas de, j'ai pas de mec qui font du rugby, j'ai même personne en foot. J'ai quelques footeux qui viennent mais voilà

30 CV : . D'accord. Donc dans les sports vous m'avez dit vélo, ski. Il y a d'autres sports ?

MKC : Euh course à pieds, beaucoup. J'ai beaucoup de gens qui font de la course à pied et qui font quand même des bornes je trouve. Enfin qui font jusqu'à 120 km quand même pour venir, donc oui oui. Et puis en ski c'est même des fois un peu, enfin ces gens qui sont du secteur du grand ballon donc ça fait loin

CV : Parce que vous exercez proche de Nancy ?

MKC : J'exerce non euh, j'exerce du côté de X dans le X.

CV : D'accord, euh donc vous prenez des patients au cabinet et dans les structures de euh

40 MKC : Non, en fait dans le vélo on est toujours en déplacement donc en fait voilà, Je voyage avec les sportifs.

CV : D'accord, d'accord. Est-ce que vous avez participé à des formations ?

MKC : Ouais ouais, ouais bah il faut ahaha. C'est nécessaire, c'est malheureux de voir que c'est devenu obligatoire. Je comprends même pas ça, je pense que c'est important de se former tout le temps. Il y a plein de choses qu'on n'oublie et ça remet du peps dans notre quotidien. Donc j'ai fait des formations en thérapie manuelle, bah j'ai fait un truc de kiné du sport qui est assez global, j'ai fait en thérapie manuelle, j'ai fait euh ben voilà je suis en école d'ostéo aussi. Euh, donc voilà ce qu'il en est, et un DU en alimentation santé puis voilà.

50 CV : D'accord super. Et est-ce que vous pratiquez d'autres spécialités que la kiné du sport ?

MKC : Heu, j'ai pas vraiment de spécialité. Euh moi j'ai une vision, j'essaie d'avoir une vision, alors le problème c'est qu'après on est à la bordure entre la kinésithérapie et l'ostéopathie. Mais j'essaie d'avoir une vision le plus holistique possible en fait. Donc je peux très bien avoir quelqu'un qui vient pour des lombalgies sans lui toucher les lombaires. Parce que dans l'interrogatoire on se rend compte qu'en fait il y a une problématique digestive à travailler ou quoi. Donc j'essaie toujours de remettre un peu dans le contexte. Donc pas vraiment de spécialité, j'aime beaucoup la thérapie manuelle, j'adore ça.

60 CV : Ok, quel pourcentage environ de votre activité est dédiée à la prise en charge sportive ?

MKC : C'est dur, là, à l'heure actuelle beaucoup moi je trouve. Si tu veux faire cette semaine, parce qu'en plus les gars enfin ces gens-là je les garde 1h en soins minimum, ça peut être même des fois, si y'a un bilan qui est un peu compliqué tout ça, ça peut dégueuler même 1h15 quoi donc c'est difficile. J'aurais dû mal à quantifier franchement, j'arrive pas à quantifier parce que au mois d'octobre j'ai fait que du sportif. En octobre je n'ai pas vu autre chose que du sportif. Y'a des mois où c'est 100%, mais il y a des mois-là en ce moment c'est pas mal au cabinet, après quand je suis en déplacement je fais que du sportif en fait finalement. Donc il y a déjà au minimum 2 mois dans l'année ou c'est comme ça. Et après au cabinet, il y a comme là maintenant, il y a vraiment de plus en plus de sportifs.

CV : D'accord, et les sportifs que vous prenez au cabinet vous les suivez du coup régulièrement ?

MKC : En fait ouais, alors c'est toujours pareil, je ne les prends pas sous une convention sécurité sociale en fait. Parce que euh, sauf dans certains cas, s'il y a une pathologie j'en sais rien, s'il y a eu un fait particulier qui nécessitent une prise en charge, je vois pas pourquoi ils auraient pas le droit à la sécu comme les autres. Mais après en général je prends de manière non conventionnée, dans le sens où euh si c'est plutôt un bilan et un traitement en fonction ça rentre pas dans les critères de la NGAP quoi.

80 CV : D'accord.

MKC : Je sais plus après, c'était quoi la question exactement ?

CV : La fréquence du suivi, si vous les voyez régulièrement euh

MKC : Là j'ai une fille qui fait la course à pied, je l'ai vu cette semaine pour une douleur bien particulière. Elle m'a dit tout à l'heure que la douleur avait bien diminuée et euh on va remettre une séance, c'était ce qui était prévu. Donc bah, après c'est toujours pareil, s'il y a une blessure, s'il n'y a pas de blessure, si ... C'est tellement variable en fonction, là j'ai un mec qui est venu en soin, j'espère ne pas le revoir quoi. Enfin il y a des, il y a des soins, si c'est une thématique de bilan je le vois pas forcément mais c'est s'il y a une blessure je les vois régulièrement.

90 CV : D'accord, et les cyclistes que vous voyez en déplacement c'est souvent les mêmes ?

MKC : Ouais, bientôt ça sera plus le cas parce que je suis en train de négocier avec une autre équipe, donc du coup je vais voir d'autres personnes. Mais j'ai besoin au bout de 13 ans de changer un peu d'équipe. Puis moi je, les expériences à l'étranger ça me plaît beaucoup, le fait de devoir être en difficulté dans la langue enfin tout ça moi, j'adore apprendre une langue donc.

CV : Donc du coup avec eux, vous avez un suivi régulier quelque part ?

100 MKC : Oui, un suivi à tous les niveaux même oui oui. J'en ai un qui s'est pétié la clavicule, qui habite au Luxembourg là euh ben il m'envoie régulièrement ses radio, l'évolution de ces bilans kiné et tout, alors que c'est pas nécessaire. Mais en fait on discute tout le temps, même familial et tout, finalement on se retrouve à faire un suivi global.

CV : Ok, donc alors les sports que, qu'ils pratiquent, ça on a déjà répondu tout à l'heure et les tranches d'âge ? Il y a des mineurs et des majeurs ?

MKC : Que des personnes majeures.

CV : Donc on a déjà répondu à la prochaine question, c'était la fréquence de rencontre. Comment décririez-vous votre relation avec les sportifs ?

110 MKC : Certainement pas comme du copinage. C'est des collègues de travail et je pense que l'erreur, je pense que c'est une erreur de la part de certains, d'arriver en voulant absolument, d'avoir les yeux pleins d'étoiles et se dire « c'est un sportif de haut niveau, il y a des centaines de gens ou des milliers de gens qui voudraient être à ma place ». Et « euh bah oui je vais m'en faire mon copain » ça c'est vraiment le truc la plus grosse connerie. Je pense que dans l'équipe dans laquelle, enfin bon, après moi j'ai pris la décision de partir, mais j'aurais pu rester encore je pense une paire d'années. J'étais plus ancien kiné, il y en a plein qui ont sauté, justement parce que je pense que le fait d'être copain c'est pas notre place. On est là, on est des professionnels. Moi je considère le milieu du sport comme une entreprise. Une entreprise privée donc avec cette euh. En France il y a un droit du travail qui est quand même, qui protège quand même pas mal. Mais c'est une entreprise privée, qui veut des résultats. Donc en fait, 120 à partir du moment où vous voulez des résultats, il faut malheureusement des fois être un peu dur quoi. Et moi ce côté-là me convient tout à fait. Dans le sens où euh, alors je vais passer pour un pro-libéral mais c'est pas du tout ma façon d'être en plus. Je suis pas du tout comme ça, mais je pense que le fait de mettre une distance est

vachement et ben c'est important. Donc du coup euh je les considère certainement pas comme les copains.

Ça c'est sûr, y en a après leur carrière euh qui sont venus à la maison. Enfin il n'y a pas de problème je veux dire, mais on était plus dans le contexte. Il y a des gens avec qui je m'entends très bien, euh là on a un coureur chez nous qui prend, qui part à la retraite, c'est certain que l'année prochaine soit lui viendra chez moi à la maison soit j'irai chez lui, mais c'est plus le même contexte. Lui il est retraité du vélo très bien, mais voilà. Et ne pas les considérer comme des copains, Ça veut pas dire ne pas déconner avec eux, ça veut pas dire, on peut très bien déconner avec ses collègues de travail. Mais moi je me vois pas partir en vacances avec mes collègues de travail. Tant au cabinet, aller bouffer une fois au resto je dis pas mais partir en vacances avec eux non.

CV : D'accord, D'accord et est-ce qu'ils se confient à vous, vous demandent des conseils ?

MKC : À bloc, ouais, si y'a une, dans le vélo je me retrouve au minimum 1h30 par jour avec eux.

140 CV : Ils sont combien dans l'équipe à peu près ?

MKC : Dans l'équipe on a 30 coureurs. Et euh, quand on est en déplacement, on a 7 ou 8 coureurs, avant y'en avait un peu plus, mais maintenant pour des raisons de sécurité ils ont diminué le nombre de coureurs. Et heu, après y'a toujours des gens avec qui on s'entend mieux que d'autres et du coup ce suivi, il se fait un peu en fonction des affinités. Après euh, c'est toujours, comme des collègues de travail avec qui on s'entend mieux que d'autres, et avec qui on préfère travailler. Ouais, ouais vraiment, en termes de se confier, très souvent. Même, ce qui est marrant c'est que maintenant, avec le temps. Moi j'ai commencé en 2008, j'avais 24 ans, la plupart des coureurs étaient plus âgés que moi, maintenant c'est l'inverse. Et c'est assez marrant parce qu'ils posent beaucoup de questions. Là sur le tour d'Italie, y'avait un jeune, assez marrant, un chic type. Il pose plein de questions, des fois j'ai l'impression d'avoir une relation un peu paternelle avec lui, il pose des questions, des sujets de la vie qui l'intéressait quoi. Grosse proximité, fin moi je trouve en tout cas. Le fait d'être collègues n'empêche pas qu'il y ait de la proximité, de la confiance.

CV : D'accord, et avec l'équipe médicale et au sein de l'équipe paramédicale, quelles relations vous avez ?

160 MKC : Heu ... ahah. C'est bien que ça soit anonyme ... Parce que je pense qu'avec l'équipe médical c'est toujours particulier, parce que je pense que ça dépend aussi de la personne que vous avez. Nous on a plusieurs médecins. Et y'a des médecins avec qui je me sens très à même de discuter, et d'autres avec qui je me sens pas à même de discuter. Et heu, je me sens pas à l'aise parce qu'on va être non pas dans un critère de discussion, alors on a tous nos aprioris, nos jugements, mais le but du jeu c'est quand même d'être le plus impartial possible, de ne pas être dans le jugement. Mais des fois, le fait de discuter en fait, avec certains médecins, y'a des raccourcis qui sont faits et qui sont faux. Le fait d'être, j'ai beaucoup de mal avec les esprits manichéens. Dans le sport et en médecine, c'est pas soit tout noir soit tout blanc, j'ai un peu de mal avec ça. Et des fois, y'a un discours qui euh, qui est constructif mais qui est pas figé dans telle ou telle position, et des fois c'est un peu compliqué au niveau médical ça. Après les relations avec les ostéos, elles sont bien, très bien même, j'ai pas à dire.

170 Après les diét. on les voit pas nous sur les courses. Y'a une diététicienne mais on la voit pas trop, enfin pas sur les courses. Après la psychologue on la voit de temps en temps, on peut pas dire que j'ai eu beaucoup de contact avec, mais parce qu'en fait elle est pas là très souvent. C'est toujours délicat, quand vous êtes là pas très souvent. Nous on a notre boulot, ils ont le leur, et ce qu'il faudrait, c'est poser les choses au moment des stages. Et dans l'équipe dans laquelle je travaille à l'heure actuelle, y'a toujours la dimension financière donc si vous ramenez tout le monde, ça veut dire qu'il y a plus de chambres d'hôtel, qu'il y a plus de gens à payer, et ça fait vite des sommes considérables, ce que je peux comprendre en tant que patron d'entreprise. Ce qui fait qu'on a pas ces temps-là, on les a pas. Après si on veut les avoir, il faut qu'on fasse

180 la démarche de les avoir et il faut que la démarche se fasse dans les deux sens, et c'est pas toujours facile.

CV : D'accord, et ces coureurs-là, le reste de l'année, ils sont dans une structure, dans un pôle ? Ils ont un suivi kiné ?

MKC : Ils ont un suivi kiné en fonction de leurs besoins. En général ils gèrent. Ce qu'il se passe, et en général ils gèrent eux. Ce qui se passe mais ça c'est pareil, au début c'était pas le cas, on avait pas les réseaux sociaux, enfin 2008 et maintenant c'est pas la même chose. Mais déjà, je pense que maintenant moi je me retrouve à souvent

avoir des questions de coureurs par rapport à certaines pathologies qu'ils ont pu avoir. Ils m'envoient un SMS, on en discute. Mais après ils ont leur suivi chez eux quoi. Ouais
190 le centre, l'équipe elle est basée à X là où je suis, donc moi je suis pas du tout dans le secteur. On a 2 kinés qui bossent avec nous dans l'équipe et qui sont basés sur X, qui voient certains coureurs. Mais je n'ai pas l'impression que tout le monde y va en fait. Après c'est toujours une histoire de relation, de personnes.

CV : Ok, et pour en revenir sur l'équipe, est-ce que vous vous sentez écouté par le staff médical ?

MKC : C'est toujours pareil, ça dépend du toubib que j'aurais en face de moi. Y'a des médecins qui, avec qui euh, moi j'ai un peu de mal par moment avec le médecin chef de l'équipe. Globalement après avec les autres euh, c'est un peu cru ce que je vais dire, enfin c'est pas très sympathique. Y'a un médecin, moi au niveau des
200 compétences moi ça me fait peur, pas dans le bon sens, et y'a trois autres toubibs avec qui je m'éclate à discuter avec eux. Parce que y'a des connaissances, y'a des mises à jour des connaissances, et là c'est génial quoi. Donc en fait j'ai un discours qui va être mi-figue, mi-raisin, parce qu'en fait au sein de l'équipe on a un peu tous les niveaux et ouais, c'est très varié. Je me souviens d'avoir fait un tour en 2016, avec un toubib, j'ai encore contact avec. Il bosse plus chez nous, mais euh, quand j'ai encore des questions, des trucs particuliers, des trucs très pointus, notamment euh, d'un point de vue biochimie et tout, je me pointe vers lui, parce que ce gars-là, j'ai appris avec lui. Il m'a appris beaucoup plus de choses que en 5 ou 6 tours avant. Très variable.

CV : Est-ce que vous êtes conviés aux réunions pluridisciplinaires ?

210 MKC : On a créé des groupes WhatsApp, parce qu'on est tous un peu à gauche à droite. On fait des réunions Zoom des fois, et voilà.

CV : D'accord, et est-ce que vous êtes informé quand il y a un changement dans l'état de santé des coureurs ?

MKC : On a une plateforme sur laquelle nous déjà, en tant que kiné on rentre nos informations, nos remarques sur les traitements qu'on a faits, des choses particulières. Et en fait euh, il suffit qu'on ouvre la fiche du coureur et on a le dossier. Mais on a pas la totalité du dossier, on a pas accès aux prises de sang, aux ... Des fois c'est important. On a pas accès à toutes les données. Y'a des fois je trouve que c'est important. Plus le temps passe, plus je travaille, que finalement, les prises de sang

220 des coureurs euh, ou même des patients. J'aime bien avoir la prise de sang et les examens complémentaires, type radio, scanner et tout. La prise de sang, euh moi je trouve que, dans ma formation je trouve que ça m'a manqué la lecture des prises de sang et euh, la bonne compréhension. Après c'est de la sémiologie, la sémiologie en kiné on la voit quand même assez vite, et je trouve que c'est en voyant les cas qu'on les percute quoi, donc voilà.

CV : On va parler un peu plus des TCA, est-ce que vous pourriez nous parler de vos connaissances sur les TCA chez les SHN ?

MKC : Le peu que je connaisse hein, c'est pas parce que j'ai fait une formation en santé, dedans y'a pas eu de modules sur les troubles alimentaires, dans ce que j'ai
230 fait. Ou alors j'en ai pas le souvenir, mais euh, c'est pas si vieux que ça, ça fait 5 ans. Globalement les troubles alimentaires, chez nous, en tout cas dans le vélo, y'a deux choses, fin, en plus c'est un peu une image d'Épinal. Mais y'a deux types euh, de profils que j'ai pu voir passer. Le type euh plutôt un profil boulimique, et ça y'en a beaucoup plus, enfin j'en ai beaucoup plus de profils boulimiques avec des gens qui se faisaient dégueuler après. Mais ça après, ils vous en parlent pas, vous le découvrez en fait. En plus c'était des gens que j'avais pas en soins moi. Et euh, après des profils, je sais pas si on peut dire anorexiques, mais pseudo-anorexiques. Et ça y'en a, parce qu'en fait y'a toujours le rapport poids-puissance dans la tête du cycliste. Et du coup euh, c'est là que la barrière est compliquée par moment pour certains. Et là y'a des
240 protocoles qui sortent chaque année, y'en a toujours euh l'un ou l'autre qui se font agripper là-dessus euh. Ça va beaucoup mieux que ça ne l'a été je pense, parce que y'a quand même un suivi un peu plus sérieux que quand j'ai commencé. Mais je pense que ceux, en tout cas sur les profils anorexiques. Sur les profils boulimiques c'est vachement plus chaud de les remarquer, parce qu'en fait c'est des gens qui euh. Moi j'ai, là y'a un cas qui me vient en tête. C'est plutôt le mec lisse d'extérieur, à pas chercher la merde avec Pierre, Paul, Jacques mais euh, lisse, qui veut pas d'emmerdes. Mais euh, moi je l'ai pas assez connu. Y'a quelques fois j'ai dû le masser huit jours d'affilée, mais encore, mais en fait en creusant on se rend compte que derrière y'a un bordel dans la tête assez exceptionnel et euh qui fait mal au cœur quoi.
250 Parce qu'en fait c'est un mec qui avait du pognon à crever, mais en fait, euh, euh qui avait tout. Qui avait une autoroute devant lui presque euh, presque de la gloire qui pouvait arriver. Mais en fait au fond, un désarroi, un manque de confiance en soi, une

image de soi qui était dégradée et tout. Le profil anorexique je pense que c'est, pour les quelques cas que j'ai eu c'est différent. Y'a toujours le manque de confiance en soi, mais pourquoi on fait du sport à haut niveau, pourquoi on est capable de se faire mal à la gueule au fond je pense qu'au fond c'est prouver des choses. Est-ce qu'au fond y'a pas cette notion de prouver des choses aux autres. Parce qu'en fait, au fond, si on existe pas à travers les autres on existe pas soi-même. Et ça je pense que c'est le profil un peu global. Enfin moi ce que je peux voir, c'est qu'y a jamais, enfin un sportif de haut niveau n'est jamais arrivé là par hasard je pense. Y'a toujours quelque chose, y'a toujours un facteur déclenchant. C'est soit sortir de la merde, soit sortir de la cité, soit accéder à l'inaccédable, hum. Y'a toujours une euh, y'a toujours prouver quelque chose ou en fait euh, une euh, euh cacher la tête. Ne pas penser, ne pas voir la réalité c'est aussi un très bon moyen. Le sport de haut niveau c'est aussi un très bon moyen de pas voir la réalité.

Et donc du coup, euh, sur les connaissances, je peux pas dire que j'en ai tellement sur les TCA. Les deux gros points qui sont un peu les images d'Épinal, c'est un peu l'anorexie et la boulimie, avec euh une façon de voir les choses un peu différentes. Mais au final peut y avoir une étiologie commune, avec un mode d'extériorisation qui soit différent.

CV : D'accord, et tout à l'heure, quand vous parliez de protocoles, vous pensiez à quoi ?

MKC : Pf..., euh, bah y'a, y'a les protocoles de jeûnes, y'a les protocoles de jeûne 8 jours, y'a les protocoles euh, type frugivore, mono-frugivore pendant une période. Y'avait des périodes où en fait les mecs qui pour se faire des drainages hépatiques bouffaient du raisin pendant une semaine. Allez faire du, allez faire du sport de haut niveau en bouffant du raisin pendant une semaine. Je pense qu'il faut pas s'étonner : 1 : qu'il y ait des fractures, parce que déjà vous vous pétez plus la gueule parce que vous êtes plus du tout vigilants. Le vélo fin c'est un sport super dangereux, donc je pense qu'il faut un minimum de vigilance, et pour avoir un minimum de vigilance il faut euh, d'un point de vue juste biochimique, il faut quand même qu'il y ait quelque chose qui soit diversifié. Y'a eu pendant longtemps cette volonté, et cette euh, stigmatisation des graisses. C'est un bel exemple ça, qui disparaît un peu. Sur le fait qu'en fait il fallait pas bouffer gras. Moi je parle sur ce que je connais, sur les sports en endurance. Donc il fallait pas bouffer gras, il faut un pli de peau qui soit propre. Nous dans le vélo, les

plis de peau sont mesurés régulièrement hein. Il faut un pli de peau qui soit, y'a un seuil de pli de peau au-dessus duquel, faut fin, faut pas passer. Y'a des plis de peau en dessous desquels ça commence à devenir menaçant, mais ça pose beaucoup moins de problèmes. Vous êtes beaucoup moins, ça pose beaucoup moins problème

290 dans l'esprit hein, d'avoir un pli de peau trop bas que trop haut. C'est une, un pli de peau trop bas c'est une catastrophe, qui est peut-être plus, enfin pour moi, qui est plus grave qu'un pli de peau trop haut. Et donc y'a cette pression, y'a cette pression du pli de peau. Et donc un pli de peau trop haut, y'a quand même une notion de masse grasse. Et en fait cette notion, le fait de confondre toutes les graisses finalement. Et là-dessus ça a quand même évolué, la notion d'oméga 3 a quand même fait son petit bout de chemin, les mécanismes sur les, les stress oxydatifs et compagnie. En plus d'autres molécules, on est d'accord. Ça, ça a avancé. Mais pendant longtemps la graisse ... Fallait surtout pas manger gras. Dans le vélo y'a toujours eu la culture de l'huile d'olive, qui est pas forcément la meilleure d'ailleurs, enfin voilà. Mais euh, ouais,

300 la graisse a toujours eu cette image assez néfaste alors qu'elle est fondamentale à notre vie quoi. Et d'autant plus quand on fait un sport en endurance quoi.

CV : Et, est-ce que lorsqu'on vous a confié un patient avec des TCA, vous avez été informé là-dessus ?

MKC : En fait vous êtes jamais informé. Si vous allez pas chercher les informations, c'est pas eux qui vous les donnent en première intention.

CV : Même de la part du corps médical ?

MKC : J'ai eu quelques cas, mais dans un contexte particulier, c'est quand je faisais un remplacement, dans un euh, pf. C'était genre un SSR mais avec une partie psy. Et là oui, vous avez des gens avec des TCA, mais là c'était, pareil, c'était des caricatures.

310 Les caricatures on les repères beaucoup plus vite que M. ou Mme lambda qui cachent leur truc quoi.

CV : D'accord. Et d'après-vous, quels sont les signes avant-coureurs d'un TCA chez un ou une SHN ?

MKC : Ce que je disais tout à l'heure, la volonté d'avoir le meilleur euh, un poids faible dans le but d'avoir un rapport poids puissance qui soit important. Et ça c'est euh, c'est certain type de coureur ça. Les gens qui font des classiques chez nous euh, enfin les coureurs qui font des classiques, ce sont plutôt des courses qui demandent beaucoup

de puissance, ce sont des gros gabarits, des gars qui font 1m85, qui vont faire 85 kg et qui vont être assez massifs. Chez eux en général, y'a pas ce problème-là, c'est
320 plutôt des gens qui vont être en général, même pas boulimique. C'est des gens qui vivent plutôt bien ils font gaffe, mais chez ces gens-là y'a pas, y'a beaucoup moins de problème de TCA.

Les grimpeurs c'est beaucoup plus compliqué, parce que les grimpeurs doivent être légers et euh, du coup c'est comme les jockeys. Quand j'avais discuté un peu avec des jockeys, c'était euh, enfin j'ai eu des jockeys qui faisaient des trucs à haut niveau, enfin j'y connais rien au tiercé. C'est pareil, au niveau du poids c'est des fous les mecs. Ils en étaient au diurétiques, fin là c'est, on était carrément dans le dopage, diurétiques, cocaïne et compagnie ... Là c'était particulier. Euh, et ben pour les grimpeurs, y'a toujours cette notion de pas manger trop et toujours faire très très attention, pas
330 d'excès. Moi je pense que c'est important de faire gaffe, je suis le premier à, fin, je fais gaffe à ce que je mange, à la qualité de ce que je mange. Après on oublie pas que manger, c'est un moment social aussi au démarrage, et manger c'est pas que un apport lipides, protides, glucides et euh, c'est pas que fonctionnel. Ça aussi ça peut être compliqué.

Donc dans les signes, parce que je m'éloigne. Dans les signes, y'a donc, enfin tout ça pour dire qu'il y a des profils particuliers en fonction de ce qu'ils vont faire, dans la course à pieds ou dans le vélo. J'ai pas assez de recul avec les skieurs, ça fait pas assez longtemps que j'en ai. La deuxième chose c'est quand même, y'a aussi la diminution des résultats. En fait quand il commence à y avoir une chute y'a toujours
340 une remise en question. Alors on fait sauter le staff, on fait sauter euh l'entraîneur, on fait sauter le nutritionniste, on fait sauter, on essaie des nouveaux trucs hein. Alors euh, on a pas forcément tout le monde qui est là, tout le monde n'est pas prêt mais y'a déjà une diminution des résultats avant que ça bouge autour au niveau du staff, le coureur voit déjà que lui, il est moins bien. Donc lui va commencer à agir déjà de son côté avant de faire quoi que ce soit. Et là ça peut être un signe compliqué. Tous les accidents de la vie hein. Enfin je sais pas, j'ai l'image d'un coureur qui a qui avait divorcé machin tout, en fait il avait je pense un profil boulimique particulier. Parce que dans l'alimentation il cherche à combler. Je veux pas faire de la psychanalyse freudienne hein, sur pourquoi il mange, pourquoi il se remplit et enfin voilà on peut aller
350 loin dans la démarche. Mais heu, y'avait ce besoin de se remplir, cette sensation de

manque quoi. Et du coup finalement c'était compensé à travers la bouffe pour faire gerber après quoi.

Y'a les accidents de la vie, la perte de confiance, la diminution des résultats et heu, et puis la volonté d'avoir des résultats hauts.

Et est-ce que vous êtes attentif à ces signes ?

Ouais, maintenant oui. Parce que je pense que j'ai assez de bouteille pour faire gaffe sans que je sois formé. Ce qui est pas forcément bien, mais c'est parce que je suis pas formé que je suis pas attentif. Et si je suis pas attentif je réoriente. Enfin si je sais pas faire je réoriente et je pense que dans, dans la vie et dans notre métier, il faut pas
360 avoir peur de réorienter quand on sait pas, et d'avertir. Le problème c'est que pour avertir il faut avoir toubib qui soit euh réactif et conscient de la problématique. Et euh c'est pas toujours le cas, et là du coup en fait on a l'impression d'essayer de faire quelque chose mais d'être devant un mur quoi.

CV : D'accord euh, est-ce qu'il vous est déjà arrivé de déceler ces signes chez un ou une sportive ?

MKC : Bah j'ai un jeune ouais, enfin un jeune, maintenant il a pris de la bouteille. Mais ouais, y'en a un chez qui je me suis posé la question en fait. Mais c'est con hein, c'est parti, c'est euh, c'est parti de c'est parti de loin. C'est parti de loin en fait. C'est un mec que j'avais pas habituellement en soins. Et j'aime bien, enfin quand je prends un
370 patient je j'aime bien faire mon petit bilan palpatoire global. C'est à dire que naturellement quand c'est quelqu'un que je ne connais pas, que j'ai jamais vu. Après quand il y avait une routine c'est différent parce que vous, enfin vous souvenez de ce qui va, ce qui va pas. En général j'ai toujours tendance à aller chercher les cadrans, les cadrans viscéraux à la palpation, et les cadrans thoraciques voir si j'ai des densités différentes. Ça c'est quelque chose que je fais partout, ça prend 3 secondes. En fait chez lui, j'avais une sphère hum au niveau gastrique qui était très compliquée et qui était très douloureuse pour lui à la palpation. On fait, du coup, enfin j'essaie de faire des techniques dessus. Bref, et euh, du coup « t'as eu des problèmes gastriques ? T'as eu des remontées acides ? T'as des choses comme ça ? », non y'a pas de
380 remontées acides, y'a pas de choses comme ça, ok très bien. Donc après il se trouve que je me retrouve avec son voisin, de son collègue de piaule comme ça. Et il se trouve que je discute rarement de coureurs les uns par rapport aux autres, mais alors

encore, enfin vraiment rarement. Et euh, et du coup je sais plus pourquoi je dis « Ah putain, untel tout à l'heure j'étais lui palper au niveau de l'estomac c'était pas génial » et euh, il me dit « mais il se fait dégueuler, moi je suis en piaule avec, il se fait dégueuler le soir. ». Je dis « mais il faut peut-être en parler à quelqu'un quoi. ». Et il me dit « ouais, ouais je pense que le toubib est au courant. », je lui dis « d'accord », il se trouve que je vois le toubib régulièrement. Je revois le coureur juste derrière, et du coup j'ai commencé à gratter le truc. Et euh, et il a rien lâché. Après c'est quelqu'un
390 que je n'ai pas l'habitude d'avoir. Donc en fait le rapport de confiance, enfin le rationnel est quand même particulier quand c'est quelqu'un vous voyez 35 jours dans l'année ou 40 jours dans l'année et si c'est quelqu'un vous voyez 4 ou 5 fois dans l'année. C'est pas la même chose. Et mais euh, il a pas lâché le morceau. Et un matin il me dit euh « je vais partir au départ de l'étape en vélo machin, est ce que tu peux me suivre ? - pas de problème », je pars. Je pars avec une bagnole derrière parce qu'au cas où y'a un souci parce que avant la course je suis. Et puis avant ça il avait pris le petit déj, en fait je suis, mais il dégueulait tous les trois mètres. Il roulait puis il vomissait. Je reviens avec la voiture « mais ça va pas ? » et tout, « non non, c'est bon ça va - Ah, je commence à t'avais des tensions au niveau du bide. » et tout. Puis le
400 mec il repasse devant machin, il va faire sa course, il répond pas, ok, très bien. Et du coup après on en a reparlé tranquillement et il a pas lâché. Il a pas lâché tout ce qu'il avait à lâcher. Mais je pense que c'est quelqu'un si, après il a changé d'équipe, j'ai pas eu suivi, mais c'est quelqu'un je pense que quand on creuse un peu voilà. C'est, c'était euh, après ça n'arrive pas par hasard. Il avait une pression sur les épaules ... Je voudrais pas, enfin sa vie moi je la voudrais pas. Mais euh voilà c'est un mec je sais pas maintenant s'il est toujours dans le peloton. Je sais pas ce que ça devient à ce niveau-là quoi. Je saurais jamais à la fin, là où je serai à mon avis il y sera pas. C'est tristoun, c'est tristoun. Mais en fait c'est un mec qui est, qui est mal dans sa peau, mais à un stade, à un stade catastrophique quoi. Parce que après, forcément enfin les
410 gars que je connais qui connaissent bien du coup des fois en discutant ils me racontent un peu, bah il doit être à son 3^e ou 4^e divorce ... enfin un cauchemar quoi. Donc ce gars-là je sais pas, je pense pas que les choses ont été faites pour que ça s'arrange.

CV : Et quand vous en avez parlé avec le médecin, comment est-ce qu'il a accueilli vos informations ?

MKC : Avec une nonchalance déconcertante. Pf ... C'est impressionnant comme ça certes, mais euh ouais y'avait une certaine nonchalance et en fait la problématique venait du coureur quoi. Là-dessus, fin voilà je pense que ça aurait pas été comme ça avec tous les toubibs. Mais là qu'est-ce que vous voulez faire ? Vous ravalez votre salive quoi. Je sais pas quoi faire moi, je peux pas, c'est pas mon rôle de faire remonter
420 l'information. Après si je la fais remonter, je mets en porte-à-faux le toubib, moi je suis baisé. Après c'est une position qui est pas très agréable quoi.

CV : Ouais, d'accord. Quand vous avez rencontré des SHN qui avaient des TCA, euh est-ce que vous pourriez parler des rencontres ? Enfin sauf si y'en a pas d'autres que celle dont vous venez de parler.

MKC : Si si, si, j'ai une coureuse à pieds là, que j'ai beaucoup. En plus j'étais en école primaire avec, on s'est retrouvé par hasard au cabinet. Bon elle est un peu plus jeune que moi, mais, un ou deux ans donc on a encore des souvenirs de cours d'école quoi. Mais, mais elle je suis vraiment content quoi. Dans le sens où euh, c'est quelqu'un qui commençait à avoir un IMC qui vraiment s'écroulait mais qui marchait en course à
430 pieds comme jamais elle avait marché. C'est une fille qui fait de l'ultra-trail. Et euh, il commence à y avoir des petits signes avant-coureurs, de euh, enfin, c'est une fille qui était jamais blessée qui commence à avoir une périostite. Qu'est-ce qu'on avait encore, une fracture, ah bah très important, une fracture de fatigue. Fracture de fatigue de la sacro-iliaque, alors ça ... c'est fréquent hein, c'est vachement fréquent dans les sports de course à pieds chez les filles. Mais là c'est bien parce qu'il y a eu des signes extérieurs. Des appels de phare qui étaient pas que, enfin des appels de phare de son corps pour dire « ça va pas » quoi. Donc elle il y a eu un travail, c'était génial parce que je l'avais en kiné donc je pouvais la voir régulièrement et euh, quelqu'un qui me fait vachement confiance, pour le coup m'aime beaucoup. Et euh, et du coup on a fait
440 un, fin, juste lui faire comprendre. Parce que pour le coup c'est quelqu'un de très documentée, très très documentée, euh, c'est une personne qui avait lu de la documentation actuelle qui était quand même pas négligeable. Et du coup, le chemin a été vraiment très intéressant euh, dans le sens où il faut savoir aussi des fois débrancher un peu la tête. Ça veut pas dire faire n'importe quoi hein. Mais des fois les petits plaisirs de la vie ça fait du bien et c'est pas ça qui va te faire pédaler à l'envers ou courir 3 km.h⁻¹ moins vite. Après y'a des moments où il faut voilà, y'a eu cette notion-là qui était très importante.

Je suis en train de penser à un autre cas aussi, et elle ouais, du coup elle partait vraiment sur un naufrage un peu, et elle s'est vraiment bien reprise. Et en fait c'est une
450 fille qui a repris un kilo et qui faisait des temps supérieurs à ce qu'elle faisait avant. Et du coup on a eu du bol parce qu'elle a repris du poids et elle faisait mieux que ce qu'elle faisait avant. Et du coup, ça c'est mieux que toutes les paroles. Du coup, c'est quelqu'un que je vois encore au cabinet du coup, je la vois samedi après-midi. Et euh, et qui euh, ben fait des bornes finalement et avec qui y'a une relation de confiance. Mais là aussi c'est pareil, y'avait toute une symptomatologie derrière. Y'avait euh, y'avait des alternances diarrhées/constipation, y'avait tous les signes d'une hyperperméabilité intestinale, tout ça on a essayé de le retravailler ensemble. Mise en place de glutamine, avec des doses quand même assez importantes, mise en place d'oméga-3, de probiotiques, enfin voilà on a mis tout ça en place ensemble. Voilà, moi
460 c'est ce qui me plaît, c'est pas pour rien que j'ai fait le DU que j'ai fait. Justement, pour essayer d'apporter et là pour le coup j'avais la chance que ça soit quelqu'un avec qui j'avais une bonne relation de confiance, un super bon relationnel quoi et du coup c'était cool quoi. Et là du coup je la vois parce qu'elle s'était fait mal au dos, elle a repris des études. Mais voilà, mais après c'est euh, c'était sympa. C'est une belle petite victoire. Avec en plus derrière le, le remerciement des parents quoi. C'est cool quoi, parce que des fois les parents s'en rendent compte avant qu'il vienne consulter et ça c'est cool quoi.

Et après j'ai eu un gars comme ça qui, mais ça c'est un niveau inférieur, c'est un niveau régional. Qui lui avait pas conscience au démarrage qu'il y'avait pas que les pâtes
470 blanches pour les efforts physiques en endurance. Et en fait c'est un mec avec qui j'allais courir régulièrement. Mais bon, c'est un mec qui fait, enfin je dis régional, mais maintenant il doit faire dans les 15 nationaux de son truc. Mais, mais c'est un gars qui j'allais courir, lui faisait son footing footing, moi je faisais mon footing plus hein déjà haha. Et on fait souvent il m'allumait dans les, dans les montées en fait là il me suivait pas. Alors que normalement en haut de la côte il me mettait 30 minutes sans problème quoi. Et en fait du coup en discutant comme ça, là encore c'est un autre niveau, mais enfaite là c'est un manque de connaissances. En fait c'est pas un trouble, c'est un trouble malgré soi. Ça rentre pas dans les troubles du comportement comme je les entends.

480 CV : Et pour revenir sur l'histoire de, de la femme dont vous parliez avant. Est-ce que vous avez l'impression d'avoir plus la main en libéral que quand vous êtes en déplacement ?

MKC : Bah en fait parce que quand vous êtes en libéral. Enfin ça dépend toujours de cette chose, ça dépend toujours de l'interlocuteur que j'ai au-dessus de moi. Parce que là son toubib, c'est son toubib est un peu psychorigide. Je suis même pas passé par lui. J'ai géré mon truc en autonomie. Ce qui est pas forcément bien, j'en conviens. Bon après c'est, il avait, y'a des choix des fois qu'on peut pas expliquer, aussi à l'intuition quoi. On se dit « là elle est, là elle prend le truc quoi. » Ça a l'air d'aller, ça sert à rien de vouloir des fois, enfin, amener tout le village pour un truc qui peut un
490 petit peu passer comme ça. Après c'est sûr que j'ai plus de liberté, j'étais pas obligé de rendre de comptes, dans le vélo je suis obligé de rendre des comptes.

CV : Ok, quelles différences avez-vous ressenties dans la prise en charge de ces patients ? Vous avez dit tout à l'heure que vous aviez mis en place des choses côté nutrition mais vraiment dans ...

MKC : Bah c'est quelqu'un j'ai l'impression que je suis presque, enfin avec elle en tout cas j'ai l'impression des fois que je fais, je pense que, je pense qu'il y a un côté, enfin c'est comme chez tout patient, mais je pense qu'il y a un côté psy plus euh, ouais fin. Ouais ouais, je pense que je sais peut-être même plus de trucs que ses amis savent quoi. Mais j'ai toujours été très discret dans mon boulot, surtout en milieu rural. Parce
500 que tout le monde connaît tout le monde. Il faut juste apprendre à fermer sa bouche et à écouter les gens et c'est le meilleur moyen. C'est déjà hein, c'est la meilleure publicité qu'on peut se faire. Mais si vous êtes discret en général et que vous avez une écoute et que vous prenez le temps d'écouter, vous faites beaucoup de choses. Les gens savent très bien qu'à l'heure actuelle plus personne n'écoute. Les médecins n'ont pas le temps d'écouter, si vous voulez avoir une écoute ben voilà. Après il y a voilà, tout dépend la réalité financière, y'a plein de choses. Moi je trouve que prendre le temps d'écouter c'est important, on écoute plus assez. Je sais pas si on apprend, enfin, je sais pas si on apprend à écouter aussi. On est plus forcément dans une situation où on écoute trop, il faut aller vite, toujours plus vite. Je pense que si on était dans une
510 société euh. Après euh, les troubles du comportement alimentaire, je pense que dans une société ou y'a pas une pression de « toujours plus toujours plus » je pense que ça serait, ça serait différent.

CV : Et est-ce que ces personnes-là avez des comportements différents avec vous ?
Par exemple un repli sur soi, euh...

520 Bah le coureur que je connais mal, moi je trouve que y'a eu un repli ouais, ouais. Parce qu'après du coup euh, comme ça euh quand je l'ai revu et tout, on a discuté un peu. Mais enfin je pars du principe, enfin il y a eu un braquage au démarrage parce qu'en plus j'ai été franc enfin j'ai été cru dans ma phrase euh enfin quand j'étais en voiture à côté de lui j'ai été cru, très direct. Y'a eu un, enfin je pense que la chance que j'ai eu c'est de pas l'avoir dit à la fin d'une course par exemple. Parce que là, je pense que ça aurait carrément bloqué le truc. Et je pense que le fait de le dire avant la course, il a eu le temps de digérer son truc un peu et après, euh. Et mais c'est un mec, je regrette de pas l'avoir eu plus après. Là c'était euh, c'était, c'était quoi, c'était à, c'était une course fin septembre, en octobre il y avait plus de course quoi et après il a changé d'équipe donc, euh je reste sur ma faim quoi. Et euh, c'est pas mal pour un TCA de rester sur sa faim aha. Mais euh, voilà, d'abord, mais c'est comme fin, c'est comme dans beaucoup de choses, d'abord c'est comme dans le mécanisme du deuil. Y'a euh, y'a toujours un certain moment de colère, après l'acceptation, déni, acceptation.

CV : Et est-ce que en général, leur adhésion au traitement kiné était différente ?

530 MKC : Pour la patiente que j'ai au cabinet, ouais ouais ouais, 1000 fois. Parce que euh en fait euh je pense que y'a une confiance et du coup si vous avez la confiance, vous avez déjà fait la moitié du boulot quand les gens se mettent sur la table.

CV : Ouais ? Une fois que vous êtes confiant de leur problématique alimentaire ?

540 MKC : Ouais, c'est sûr, parce qu'une fois que vous arrivez, vous êtes dans un milieu sécurisé. C'est des gens qui, y'a, y'a toujours un manque de sécurité émotionnelle ou affective, ça va ensemble. Et en fait, le fait de savoir écouter, de savoir rester à sa place, de rien dire, de savoir écouter juste. Parce qu'en fait ils vous demandent pas grand-chose, ils vous demanderont peut être des trucs, mais ils vous demandent juste d'écouter. Et là franchement ouais, franchement là, j'ai une fille c'est, elle m'a ramené plein de patients de plein d'endroits différents quoi. Avec des profils sportifs de son genre, mais après j'ai pas eu trop de patients avec un profil de TCA quoi.

CV : OK ! Pour compléter vos propos précédents sur vos relations au sein du staff médical/paramédical, de quelle manière participiez-vous aux décisions relatives aux TCA dans le suivi de l'athlète ?

MKC : J'ai l'impression d'être néant. Quand vous avez de la nonchalance en face de vous, qu'est-ce que vous voulez faire ? Vous pouvez pas secouer la personne, vous pouvez pas lui mettre une tarte pour qu'elle fasse quelque chose. Vous avez beau revenir sur le sujet, si la personne est fermée, et ne veut pas voir le problème ... Parce que voir un problème, ça veut dire qu'il faut le prendre en charge. Et le meilleur moyen
550 de ne pas voir les problèmes, c'est le meilleur moyen de ne pas avoir à les régler ... C'est compliqué ... C'est triste, et c'est comme ça.

CV : Donc ça c'est du côté médical. Est-ce que du côté entraîneur ... ?

MKC : Le problème, c'est que dans le milieu sportif dans lequel j'évolue là, dans le vélo. Vous pouvez pas. Vous avez la case obligatoire médecin, si vous commencez à passer par autre chose, hein, parce qu'en fait j'en ai parlé un peu à un directeur sportif comme ça. Qui m'a dit « ouais mais le toubib veut pas le voir », donc comme ça voilà. Vous allez chez l'entraîneur, on vous dit la même chose donc hop je repars à la case départ. On peut pas faire quoi, fin je peux rien faire moi. Surtout qu'à la fin de la saison vous avez le coureur qui se casse, c'est bon, dans 3 mois il est plus là ! On s'en fout !
560 *ton ironique*

CV : Alors que ça met en danger la personne ...

MKC : Ça met en danger la personne. Mais si vous saviez ! Si vous saviez dans le SHN, mais ils en ont rien à foutre de mettre en danger ! C'est un pion qui est acheté, c'est un sandwich, c'est un homme-sandwich là, qui porte un truc qui représente quelque chose pendant un temps donné. On l'essore. Si on en a plus besoin, on balance, c'est comme ça ! C'est le milieu du sport ! Vous êtes pas bien en tant que kiné, on vous prend, on vous dégage, et on passe au suivant. Y'en aura plein d'autres qui voudront prendre votre place ! Ils en ont rien à foutre de ça, rien à foutre. Et les quelques personnes qui sont humaines, je pense qu'à un moment, elles prendront soit
570 leurs clics et leurs clacs, soit euh, soit bah il faudra un peu prendre sur soi quoi. C'est comme ça. Et notre société elle est pas beaucoup mieux finalement. C'est pas très optimiste, mais c'est, c'est tellement comme ça ... Voilà aha.

CV : Comment auriez-vous pu être mieux préparé à la problématique des TCA ?

MKC : Ouah ! Déjà 1, en faisant des formations là-dessus. C'est la base. Euh, faire des formations et faire de la lecture là-dessus, parce que c'est la première chose à faire. Après une fois qu'on a fait ça on peut commencer à prendre des choses qu'on a

vues, qu'on a apprises, qu'on a entendues, après faire sa synthèse et. Parce que la dedans je remets la faute sur le médecin mais j'ai ma part de responsabilité aussi parce que finalement c'est à moi aussi de faire, à moi aussi de faire la démarche de
580 chercher le pourquoi du comment, d'essayer de comprendre. Alors moi je suis passionné de psycho, enfin j'aime beaucoup la psycho, enfin j'ai une femme qui est passionnée de psycho, du coup elle commence à me filer un peu le virus. Mais, mais fin voilà quoi, déjà en commençant par ça. Des formations, de la lecture, je pense que c'est important. Et puis après l'écoute et avoir les gens, ça y'a possibilité de les avoir, donc après. Je pense que voilà. Mais après, des formations et des lectures, y'en a tellement que je voudrais faire encore aha.

CV : Ok. Est-ce qu'il y a des choses que vous aimeriez mettre en place pour améliorer les PEC et ou les connaissances des MK sur les TCA ?

MKC : Bah, j'en sais rien ! J'aimerais mettre en place, enfin moi je suis en train de
590 changer d'équipe, j'espère, je verrai comment ça se passe ailleurs, ce qu'on peut faire ailleurs et différemment. C'est euh, la problématique c'est que, y'a tellement e choses qui sont banalisées ... Les TCA c'est banalisé, c'est banalisé autant qu'une fille qui fait du SHN en endurance, c'est normal qu'elle ait des problèmes de dysménorrhée ou d'aménorrhée. C'est normal, on s'en bat les c*uilles ! C'est normal et c'est comme ça ! Elle fait trop d'efforts donc forcément le corps machin. À force de banaliser les choses ... Je pense que ça va pas forcément dans le bon sens quoi. Y'a plein de choses qui sont banalisées ... Le porno c'est banalisé, le enfin tout ... c'est ... Tout est banalisé ! On a une société qui commence à devenir pseudo-puritaine, où il faut pas qu'il y ait ci, ça, ça. Mais en fait derrière, c'est juste un écran de fumée et derrière tout
600 devient banal. Ça c'est banal, la violence c'est banal ... Donc euh, voilà, ça les TCA je pense que ça fait partie de ces choses, je crois que c'est compliqué de sortir de la banalité ...

CV : Ok ! Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter pour clôturer cet entretien ?

MKC : Merci madame Clara Viola aha de m'avoir reçu !

CV : Je vous en prie aha.

Entretien MKGD (Gymnastique et Danse)

**Intervient auprès d'athlètes nationaux de la Fédération Française de
Gymnastique et auprès des danseurs et danseuses de l'Opéra de X.**

*Les informations personnelles sont remplacées par la lettre « X » afin de garantir
l'anonymat*

CV : Bonjour !

MKGD : Bonjour ! Vous m'entendez-bien ?

CV : Oui parfait ! Et vous ?

10 MKGD : Ouais très bien ! Ok, alors je vous écoute, dites-moi !

CV : Alors je vous rappelle que l'échange sera rendu anonyme qu'aucune information confidentielle nouveau sera demandée, que l'entretien est enregistré pour permettre plusieurs écoutes et une retranscription fidèle de ce dernier. Aucun propos ne sera modifié ou sorti de son contexte, vous êtes libre d'interrompre l'échange à tout moment de ne pas répondre à toutes les questions qui vous seront posées. Aucune justification ne vous sera demandée. Nous intéressons à la prise en charge masso-kinésithérapique des sportifs et sportives de haut niveau souffrant de troubles du comportement alimentaire. Sentez-vous libre de partager et d'échanger sur ce sujet et de dériver sur des sujets non abordés mais qui vous semblent pertinents.

20 MKGD : Ok très bien ! Ça roule, merci !

CV : Est-ce que pour commencer vous pourriez-vous présenter en tant que kiné ?

MKGD : Qu'est-ce que vous souhaitez avoir comme informations ?

CV : Alors, savoir depuis combien de temps vous êtes-diplômé ?

MKGD : Alors je suis diplômé de 2003. J'ai une pratique vraiment exclusive sur la kinésithérapie du sport.

CV : D'accord

MKGD : Et euh, je, en plus des formations MK, j'ai une formation d'ostéopathe, de préparateur physique et de coach mental pour le sportif, voilà.

CV : D'accord ! Et donc vous prenez en charge des patients SHN ?

30 MKGD : Donc au cabinet, j'ai des patients sportifs et non sportifs mais qui ont une activité loisir. Et euh, à l'opéra je travaille avec les danseurs de la compagnie donc des danseurs de haut niveau et je travaille également à X avec l'équipe de France de gymnastique... Et je fais également des déplacements, lors des stages et des compétitions.

CV : Dans les sports qui sont pratiqués, donc on a dit il y a la danse, la gymnastique, et en haut niveau vous n'avez pas d'autre sports ?

MKGD : Ouais voilà, c'est ça. Sachant que la danse n'est pas un sport.

CV : D'accord !

MKGD : C'est une activité artistique, qui dépend du ministère de la culture. D'accord ?

40 CV : Oui ok !

MKGD : Alors que la gymnastique fait partie des différents sports et donc appartient au ministère des sports. Dépend du ministère des sports.

CV : D'accord très bien ! Et euh, dans quelle(s) tranche(s) d'âge se situent ces sportifs et sportives ?

MKGD : Euh, les danseurs euh à l'opéra ont entre 17 et 42 ans. Voilà, la retraite des danseurs est à 42 ans. Les gymnastes à X, elles ont entre 16 et 20 ans, à peu près.

CV : D'accord, et quand vous avez en charge des mineur(e)s, est-ce que vous avez un contact avec les parents ?

50 MKGD : Alors, pas moi, euh le médecin peut l'avoir, les entraîneurs aussi. Mais en fait comme les filles sont à l'internat à X, je gère avec le médecin et après si vraiment y'a un problème qui nécessite l'intervention des parents, c'est le médecin qui prend le contact.

CV : D'accord ! À quelle fréquence est-ce que vous les rencontrez ?

MKGD : Euh, les danseurs de l'opéra tous les jours.

CV : D'accord, donc vous vous rendez à l'opéra presque tous les jours ?

MKGD : Voilà, oui j'y vais lundi, mardi, mercredi et vendredi. Et X j'y vais le mardi soir et le jeudi soir.

CV : D'accord ! Donc vous m'avez dit que vous les accompagnez aussi lors de déplacements.

60 MKGD : Voilà

CV : Et vous les suivez, en tout temps pour la PEC MK de suivi et lorsqu'il y a des blessures ?

MKGD : Alors, les danseurs à l'opéra quand effectivement il y a des blessures, je m'occupe de toute la rééducation et du maintien du niveau de forme pour qu'il puisse revenir en meilleure forme quoi.

CV : Oui

MKGD : Et euh, quand ils sont pas blessés je m'occupe de tout ce qui est prévention des blessures et préparation physique.

CV : D'accord.

70 MKGD : À X, donc au pôle France de gymnastique, il y a un PF de gymnastique artistique masculine, un PF de gymnastique artistique féminine, un PF de gymnastique rythmique et un PF de trampoline. Donc on a les 4 disciplines là de la gym, qui sont les 4 disciplines olympiques euh, à X. Et avec les GAF donc gymnastique artistique féminine, je m'occupe en priorité de prévention. Donc là par exemple j'y vais et je vais avoir une demi-heure de séance avec les filles dans le gymnase, puis une demi-heure de séance individuelle. Puis je fais des soins pour ceux qui sont blessés, ou ceux qui ont des petits bobos à la sortie de l'entraînement ou ceux qui ont besoin d'une séance d'ostéo. Et là c'est pour les 4 disciplines. Et quand on a vraiment un blessé, il se fait soigner au pôle médical de X. Parce qu'il y a un centre médical dans X.

80 CV : D'accord ! Donc vous ne travaillez pas dans le pôle médical de X ?

MKGD : Non, non non. Je travaille au pôle de gym, je suis payé par la fédération de gym.

CV : D'accord, ok ! Euh, comment est e que vous pourriez décrire votre relation avec les athlètes que vous avez en soin ?

MKGD : Euh ... Comment décrire cette relation ? ... Bah c'est une relation de soignant à soigné déjà. J'essaye au maximum de euh, d'informer les sportifs que je soigne et même les patients en général sur ce qu'ils ont pour qu'ils soient au maximum

autonome, et qu'ils puissent avoir une indépendance dans leur carrière, dans leur PEC médicale la plus importante possible.

- 90 Euh donc j'essaye euh le moins d'emprise possible sur eux de les laisser au maximum autonome, pour qu'ils arrivent à ce gérer, et ça c'est dès le plus jeune âge parce que l'autonomie ça s'apprend.

CV : Et est ce qu'ils vous demandent des conseils, est ce qu'il se confient à vous ?

MKGD : Oui oui, oui oui

CV : D'accord, et avec l'équipe médicale et au sein de l'équipe paramédicale, quelles relations vous avez ?

- MKGD : Bah heu ... j'ai des relations avec le médecin. À l'opéra on a un médecin du sport, à X on a un médecin du sport qui est pédiatre et qui s'occupe des gymnastes. Donc je suis en lien dans ces deux centres avec ces deux médecins. Et j'ai des collègues kinés aussi et ostéopathes qui travaillent dans les différentes structures. Donc voilà euh, on a des échanges euh là-dessus. Et après on a d'autres intervenants qui peuvent être des psychologues, diététiciens ... Voilà, mais euh je suis un peu moins en lien avec eux, ces autres professionnels.

100

CV : D'accord, et est-ce que vous êtes informé quand il y a un changement dans l'état de santé des sportifs et sportives ?

MKGD : Oui oui, oui parce que c'est important, ça impacte leur concentration, leurs performances, donc oui, quand il y a un changement, quand il y a quelqu'un qui va pas bien on est informé oui.

CV : Par les médecins ?

- 110 MKGD : Ouais, ouais ouais par le médecin. Parfois c'est les entraîneurs, parfois c'est les entraîneurs qui nous le disent.

CV : D'accord, et quand vous vous remontez des informations, est ce que vous vous sentez écouté ?

MKGD : Oui, oui oui.

CV : Ok ! On va parler un peu plus spécifiquement des TCA

MKGD : Ouais

CV : Est-ce que vous pourriez nous parler de vos connaissances sur les TCA chez les SHN ?

MKGD : Heu, c'est très vague comme question.

120 CV : Heu, est ce que le thème des TCA a déjà été abordé dans les formations que vous avez-faites ?

MKGD : Oui, oui et j'ai lu des choses là-dessus. D'autant que la gymnastique et la danse, c'est deux disciplines avec des recherches esthétiques, sur des corps qui sont en croissance donc avec des troubles qui peuvent apparaître, notamment chez la fille, chez la jeune fille, voilà. Donc oui oui, ça fait partie des alertes que j'ai voilà.

CV : Et est-ce que vous avez-eu des informations par les médecins, les entraîneurs à propos de ça ?

MKGD : Oui.

CV : On vous a mis en garde ? On vous a prévenu ?

130 MKGD : Vous voulez dire lorsqu'il y a un souci avec une fille ?

CV : Heu non pas vraiment, lorsque vous êtes entré à l'opéra par exemple, ou au pôle de gym ?

MKGD : Ah non, j'avais déjà ces connaissances-là.

CV : D'accord, et est-ce que quelqu'un s'est assuré que vous aviez ces connaissances ?

MKGD : Non, non.

CV : D'accord. Et d'après-vous, quels sont les signes avant-coureurs d'un TCA chez un ou une SHN ?

140 MKGD : Ben cette question, euh, cette question elle est très large. Parce qu'on a parlé des filles, mais les garçons en gymnastique par exemple, euh, ils peuvent avoir une très mauvaise alimentation parfois. Évidemment ils ont pas de problèmes de poids, mais euh, la survenue de tendinites, enfin de tendinopathies, euh les problèmes de récupération, tout ça c'est extrêmement en lien avec l'alimentation. Et on peut avoir bah ouais, des excès alimentaires, un peu de junk food. Et donc les TCA, ça eut évidemment aller jusqu'à l'anorexie, la boulimie, mais y'a aussi des troubles qui sont autres ? Y'en a qui sont orthorexiques ... Enfin, c'est sûr que l'alimentation, elle a une

part importante euh dans la performance, donc il faut y faire attention, mais il peut y avoir des déviations.

CV : Et vous dites, chez les hommes, vous ne trouvez pas de pertes de poids ?

150 MKGD : Non, il n'y a pas une recherche, nécessité de euh, de perte de poids.

CV : D'accord, et chez les femmes, on peut remettre aussi tout ce qui est tendinopathies, problèmes de récupération ... et euh

MKGD : Oui oui, bien sûr, sauf qu'on a d'autres problèmes plus graves que ça en termes de santé mentale, alors que chez les garçons, c'est pas quelque chose qui est très euh, euh, c'est pas me problème d'une sous-alimentation ou d'une boulimie. Chez un garçon on n'a pas trop ça.

CV : D'accord.

160 MKGD : C'est surtout des problèmes de bonne hygiène de vie en fait. C'est pour ça que je vous parlais de la nécessité d'autonomie dans la PEC. Parce que quand vous soignez quelqu'un qui euh, qui fait tous les exos que vous lui demandez, mais que le soir il fait n'importe quoi, il fume, il boit de l'alcool, parce qu'il surcompense euh, je sais pas, une détresse, peu importe quoi finalement. Il va rentrer dans un TCA qui va compenser autre chose.

CV : D'accord.

MKGD : Après peut être que je me trompe, peut être que dans la définition que vous avez, les TCA ne concernent que des troubles d'origine plus psychologique et euh ...

CV : Non non, tout est intéressant !

MKGD : D'accord.

170 CV : Y'a pas de définition précise attendue ici, on parle de l'ensemble des perturbations de l'alimentation qui peuvent venir de plein de choses différentes.

MKGD : Souvent l'alimentation est un moment de lâchage, de liberté. Et qui n'est malheureusement pas exceptionnel, parce qu'évidemment, les écarts alimentaires sont souhaitables pour euh ben , pour se faire plaisir, pour eu relâcher un peu la pression ... Mais pas au détriment de la performance. Et malheureusement on peut avoir des comportements qui sont parfois pas souhaitables, et régulièrement ...

CV : D'accord, d'accord. Et chez les femmes, d'autres signes avant-coureurs, vous penseriez à quoi ?

180 MKGD : Bah un autre signe avant-coureur chez la femme c'est l'amaigrissement. L'apparition de douleurs, de mauvaise récupération ... Après y'a des signes plus médicaux, comme la perte des règles heu, la triade de l'athlète qui est connue.

CV : Et est-ce que vous, dans votre pratique vous faites attention à ces signes ?

MKGD : Oui oui, oui, cet après-midi par exemple j'ai alerté le médecin de l'opéra sur une jeune fille que j'avais croisée et que je trouvais amaigrie. Et on a une gymnaste à X qui est un peu en surpoids, et c'est problématique, heu voilà.

CV : D'accord ! Donc vous avez déjà un peu répondu à la question que j'allais vous poser après. Mais peut être que vous allez penser à d'autres moments, donc je vous la repose. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de déceler ces signes chez des athlètes ?

MKGD : Donc oui.

CV : Ok, et dans ce cas, qu'est-ce que vous avez fait ?

190 MKGD : Ben j'en ai discuté avec le médecin et avec mes collègues ou l'entraîneur, et voilà.éé

CV : Et vos ressentis, vos indications, comment est-ce que ça a été perçu par euh, par vos collègues, médecin ... ?

MKGD : Bah le médecin tout à l'heure, il m'a dit « ça fait longtemps que je l'ai pas croisée, je ferai attention si je la croise. ». Souvent, chez les problèmes de surpoids, par exemple chez la gymnaste qu'on a à X tout le monde est au courant, ça se voit donc heu ...

CV : D'accord.

MKGD : Donc heu, j'apprends pas quelque chose, c'est quelque chose de connu.

200 CV : D'accord, oui, c'est quelque chose de connu.

MKGD : Oui, c'est ça.

CV : D'accord, est-ce qu'il vous ai déjà arrivé de rencontrer euh un ou une athlète que vous aviez en charge et qui avait des TCA avérés?

MKGD : Oui.

CV : Et est-ce que vous pourriez nous parler de cette rencontre ?

MKGD : Euh, bah j'en ai eu plusieurs hein. Euh, bah si, si j'en ai une en tête, mais euh ... Euh, qu'est-ce que vous voulez savoir ?

CV : Est-ce que vous avez modifié vos PEC par rapport à d'autres athlètes qui n'étaient pas sujet à des TCA ?

210 MKGD : Euh, bah déjà je suis vigilant à la charge de travail quand la ration alimentaire est insuffisante. Euh, ensuite, euh j'essaye d'aborder le sujet, parce que ce sont souvent des sujets qui sont tabous. Euh, et euh quand le sujet a commencé à être abordé, que la porte est ouverte et que je sens qu'il y a une discussion possible ben j'essaye d'avoir un peu plus de détail, et quand je sens que ça dépasse mon champ de compétences bah j'adresse vers quelqu'un dont s'est vraiment le métier.

CV : D'accord, et dans ces cas-là, vous avez été prévenu par le corps médical ?

MKGD : J'ai pas compris votre question.

CV : Est-ce que vous avez été informé par l'équipe médical que l'athlète souffrait d'un TCA ?

220 MKGD : Ah, c'est moi, c'est moi qui le décèle.

CV : D'accord, on ne vous a pas dit que l'athlète que vous alliez voir en séance avait des troubles ?

MKGD : Non, non non.

CV : Est-ce que vous, vous avez ressenti des différences dans votre PEC, dans votre relation avec l'athlète ?

MKGD : Bah oui, parce qu'il y a plus de vigilance à avoir.

CV : Est-ce que la personne était différente des autres ? Est-ce qu'il y avait un repli sur soi, un besoin de se confier ?

230 MKGD : Heu, parfois, parfois oui. Ça peut être un, quelque chose qui est mal vécu et pour lequel ils n'ont pas d'interlocuteur. Donc parfois, en séance de kiné on peut être heu, on peut avoir un échange un peu particulier et bienveillant, et faire émerger ce genre de discussion.

CV : D'accord, et est-ce que l'adhésion au traitement kinésithérapique était différente ?

MKGD : Bah, l'adhésion à votre traitement elle est dépendante de la relation que vous arrivez à instaurer. Donc à partir du moment où vous avez une relation de confiance, vous avez une adhésion au traitement, et comme ça va avec ce type de discussion, c'est assez vertueux dans le même sens.

CV : D'accord, euh, et dans ces cas-là, dans ces cas où vous aviez des athlètes avec des TCA, est ce que vous participiez aux décisions sur l'avenir en compétition, en entraînement ou sur les décisions médicales, est ce que vous participiez à tout ça ?

MKD : Heu, la question s'est jamais posée. Parce qu'on en était pas, euh, on est justement pas arrivé à une situation où euh, le retrait de la compétition ou d'un spectacle s'est produit.

CV : Comment est-ce que vous auriez pu être mieux préparé, ou du moins plus précocement à la problématique des TCA dans le SHN ?

MKGD : Bah, y'a quelque chose qui est important, c'est le niveau de formation des kinés. Je pense qu'on aborde beaucoup l'alimentation sur le versant technique. En gros, ce qu'il faut manger. Mais euh, ce dont je me rends compte, c'est que souvent l'alimentation est dans une soupape et heu, elle sous-tend en fait. Heu, un TCA sous-tend en fait un problème beaucoup plus profond. Donc euh, y'a euh, y'a une nécessité de donner des clefs pour savoir aborder les choses. Je vous disais, j'ai été diplômé en 2003, heu, ça fait longtemps donc aujourd'hui j'ai suffisamment de confiance et d'expérience dans ma pratique pour aborder les choses. Je pense en tant que jeune kiné c'est pas forcément évident. Mais je sais pas quel est le contenu de la formation aujourd'hui, donc euh ...

CV : Oui, d'accord. Et heu, est-ce que vous, vous aimeriez mettre en place quelque chose pour améliorer les connaissances des MK sur ces troubles ?

MKGD : Heu, alors, moi je suis kiné fédéral à la fédé de gym. Donc ça veut dire que je m'occupe de coordonner tout le travail des kinés au niveau national. Et heu, et donc on organise avec le médecin fédéral, des colloques médicaux, et on décide du contenu des colloques en fonction de, des besoins. Et dans le milieu de la gym, c'est souvent, le sujet de l'alimentation revient souvent. Donc c'est un sujet sur lequel on va mettre des intervenants dans les colloques à venir.

CV : Et parce que vous trouvez qu'il y a une fréquence élevée de TCA chez les gymnastes ?

MKGD : Je sais pas si y'a des troubles élevés, mais en tout cas y'a une réelle nécessité d'avoir un poids de forme assez stable, euh, avec des codes esthétiques. Et je pense que c'est important que tout le monde appréhende bien toutes les composantes de l'alimentation.

270 CV : D'accord, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter pour terminer cet entretien ?

MKGD : Heu, non, non non ? Bah j'espère que j'ai répondu à ce dont vous aviez besoin.

CV : Oui, merci c'était très intéressant !

MKGD : Bah je vous en prie !

Entretien MKPA (Patinage Artistique)

**Intervient auprès des équipes de France de patinage artistique et danse sur
glace**

*Les informations personnelles sont remplacées par la lettre « X » afin de garantir
l'anonymat*

CV : Bonjour !

MKPA : Bonjour !

- 10 CV : Alors heu, je vais commencer par vous rappeler que l'échange sera rendu anonyme qu'aucune information confidentielle nouveau sera demandée, que l'entretien est enregistré pour permettre plusieurs écoutes et une retranscription fidèle de ce dernier. Aucun propos ne sera modifié ou sorti de son contexte, vous êtes libre d'interrompre l'échange à tout moment de ne pas répondre à toutes les questions qui vous seront posées. Aucune justification ne vous sera demandée. Nous intéressons à la prise en charge masso-kinésithérapique des sportifs et sportives de haut niveau souffrant de troubles du comportement alimentaire. Sentez-vous libre de partager et d'échanger sur ce sujet et de dériver sur des sujets non abordés mais qui vous semblent pertinents.

MKPA : Ok !

- 20 CV : Alors, pour commencer, est ce que vous pourriez vous présenter en tant que MK ?

MKPA : Oulah ! Heu alors, je suis kiné, diplômée de l'école X à X, et j'ai 2 DE en kiné du sport, un certificat de kinésithérapie européen et un certificat de thérapie manuelle.

CV : Et donc vous prenez en charge des patients sportifs et sportives de haut niveau ?

MKPA : Oui.

CV : D'accord, vous les voyez en cabinet, en structure ... ?

MKPA : Lors des évènements sportifs.

CV : Et dans quel(s) sport(s) ?

MKPA : Patinage artistique et danse sur glace.

- 30 CV : D'accord, ok et donc voilà vous pratiquez principalement la kiné du sport.
- MKPA : Dans mon quotidien pas forcément. J'ai plusieurs activités entre guillemets, mais ça fait partie de mes activités.
- CV : Ok, et vous estimeriez, grossièrement, quel pourcentage de votre activité qui serait dédié à la PEC de SHN ?
- MKPA : Le SHN, de très haut niveau, je dirais 20%.
- CV : Ok et heu, donc ces sportifs et sportives, à quelle fréquence vous les voyez ?
- MKPA : Heu, alors je vais te dire, période hors covid, parce que cette année ça a été un peu bousculé. Donc si on tient pas compte du covid, on va dire toutes les 6 semaines environ, sur la période sportive.
- 40 CV : Et donc, vous accompagnez ces sportifs et sportives lors de tous leurs déplacements ?
- MKPA : Heu, tous les déplacements mandatés par la fédération française.
- CV : D'accord
- MKPA : Parce que je suis vacataire pour la fédération française.
- CV : D'accord. Et heu, dans quelle tranche d'âge se situent-ils/elles ?
- MKPA : Alors, ils ont entre 14 et 35 ans.
- CV : D'accord, et lorsque vous avez une personne mineure, est-ce que vous êtes en lien avec les parents ?
- MKPA : Alors, quand ils partent en déplacement, les parents ne sont pas avec eux.
- 50 Donc ils sont sous la responsabilité de la fédération.
- CV : Et est-ce que vous, vous échangez à un moment donné avec les parents ?
- MKPA : Pas du tout !
- CV : Ok, et comment vous qualifieriez votre suivi de ces athlètes ?
- MKPA : Heu, je dirais pas régulier, je dirais intermittent.
- CV : Ok, et comment est-ce que vous qualifieriez votre relation avec eux et elles ?
- MKPA : Bah professionnelle aha. Soignant-soigné.

CV : D'accord aha. Et est-ce que quelques fois ils vous demandent des conseils, ils se confient à vous ?

MKPA : Oui, oui oui !

60 CV : D'accord. Et avec les équipes médicale et paramédicale (dont vous faites partie), quels rapports avez-vous ?

MKPA : Professionnelle.

CV : D'accord. Est-ce que vous êtes informée lorsqu'il y a un changement de l'état de santé des athlètes que vous suivez ?

MKPA : Normalement oui. Si je l'apprends par L'Équipe je suis très en colère aha. Normalement oui.

CV : D'accord, donc quelques fois, l'information ne vient pas des médecins ?

MKPA : Heu, chez nous non. Mais j'ai déjà entendu des collègues me dire « j'ai appris par L'Équipe ». Je veux dire on est pas médiatisé, ça n'intéresse pas le grand public.

70 Enfin, tu vois, entre Mbappé qui est blessé ou nous le 5^e français, l'impact n'est pas le même.

CV : Donc vous êtes souvent informée par le médecin ?

MKPA : Par les athlètes le plus souvent, oui oui.

CV : Et est-ce que vous êtes conviée à des réunions pluridisciplinaires ?

MKPA : Heu, pas vraiment, en fait c'est une toute petite structure. On a juste un médecin, et encore, pas souvent.

CV : Ah d'accord ! Donc quelque fois vous partez en déplacement et vous êtes seule du corps médical/paramédical avec les athlètes ?

80 MKPA : Tout à fait ! Donc oui, on peut pas parler de réunion d'équipe. C'est très restreint, au maximum il y a un médecin avec moi.

CV : Et quand vous, vous faites remonter les informations au médecin qui suit l'équipe, est-ce que vous vous-sentez écoutée ?

MKPA : Oui, oui oui.

CV : D'accord, on va parler un peu plus spécifiquement des TCA.

Est-ce que vous pourriez nous parler de vos connaissances sur les TCA spécifique dans le SHN ?

90 MKPA : Heu ... Pour moi ils ne sont pas spécifiques au sport. Pour moi les TCA c'est, enfin c'est les mêmes chez une ado lambda que chez une sportive. Fin, c'est anorexie et boulimie, il peut y avoir orthorexie, y'a d'autres trucs, mais c'est pas spécifique au sport.

CV : Et vous trouvez qu'il y a des différences dans tout ce qui est signes cliniques, enfin développement du trouble chez une ado lambda et chez une athlète ?

MKPA : Non, pour moi c'est les mêmes.

CV : Est-ce que le sujet des TCA a déjà été abordé lors de formations auxquelles vous avez assisté ?

MKPA : Heu, un peu dans les diplômes de kiné du sport, mais sinon pas sur la formation initiale en tout cas.

CV : Ok, est-ce que vous avez déjà eu des informations sur ces troubles quand un patient vous a été confié avec des TCA ?

100 MKPA : Heu, reçu des informations par qui ?

CV : Peu importe, que ça soit par l'athlète, le médecin ...

MKPA : Heu non, je dirais non. Enfin malheureusement ça se voit très vite ...

CV : Et quels sont d'après vous les signes avant-coureurs d'un TCA chez un ou une SHN ?

110 MKPA : Ils sont pas avant. On peut pas dire avant-coureurs, déjà, toute modification de la morphologie. Enfin je veux dire si t'as un amaigrissement pendant trois mois ou au contraire une grosse prise de poids, tu peux te poser la question. Et après y'a quand même des grosses particularités physiques, notamment au niveau des bras. Moi c'est souvent les bras qui m'alertent, parce que chez les anorexiques, t'as presque une dépression au niveau du biceps et du triceps. Si tu veux, au lieu que ça soit convexe, ça devient un peu concave, et je trouve que c'est assez particulier des anorexiques. Et comme nous, elles sont vite en justaucorps et tout ça ... Je dirais les bras et un peu sous le sternum aussi, dès que ça se creuse un peu. Enfin je trouve que la morphologie tu le vois très vite, pas besoin de poser de question ou d'être ...

CV : D'accord, et vous, vous êtes attentive à ces signes ?

MKPA : Oui, mais je suis attentive à tous les signes. Je vais aussi regarder si y'a une amyotrophie parce qu'il y a une ancienne blessure pour voir si ça a été bien soigné ... D'une manière générale voilà, je fais l'examen clinique, mais c'est pas le premier truc que je cherche.

120 CV : D'accord, et selon vous les personnes à prévenir ?

MKPA : Bah le médecin.

CV : Est-ce que ça vous est déjà arrivé de voir ces signes chez une athlète ?

MKPA : Oui, oui oui. Mais aussi dans mon activité libérale. C'est pour ça que moi je focaliserais pas sur les sportifs, pour moi c'est une pathologie de l'adolescence. D'ailleurs je sais pas les chiffres, est-ce qu'il y en a plus chez les sportives que non sportives ?

CV : Oui, il y en a plus.

MKPA : Enfin pour moi il faut être attentive tout le temps.

130 CV : D'accord, et qu'est-ce que vous avez fait quand vous avez déceler ces signes chez une athlète ?

MKPA : Bah prévenir le médecin, toute façon il n'y a que ça à faire.

CV : Et vos indications, comment ont-elles été accueillies ?

MKPA : Bien, enfin c'est un sujet sur lequel on peut pas faire l'autruche, enfin ça se voit tout de suite.

CV : Si vous avez déjà rencontré des sportifs et sportives de haut niveau souffrant de TCA, est-ce que vous pourriez nous parler de cette/ces rencontre(s) ?

MKPA : Non. Non je pense que c'est des choses, il faut que ça reste entre le praticien et le sportif.

CV : Ok, d'accord. Est-ce que votre PEC a été modifiée ?

140 MKPA : Ah non non, non parce que pour moi c'est quelque chose de médical, ça n'a rien à voir avec notre métier. Si ce n'est qu'on peut être là pour écouter, orienter. Mais après en termes de techniques kinés si tu veux nous malheureusement c'est pas notre domaine. Là après c'est les psys, pour moi ça ne relève pas du tout de la

kinésithérapie. On peut être là comme écoute, mais c'est une vraie maladie, c'est une maladie grave, qui ne relève pas de nos compétences.

CV : D'accord. Si vous avez rencontré des athlètes mineures avec des TCA, est-ce que vous avez eu une différence dans la PEC par rapport aux majeures ?

150 MKPA : Non, si ce n'est que les parents sont mis au courant. Disons que quand les athlètes sont majeures c'est à lui de se prendre en charge. Quand il faut passer par les parents c'est plus compliqué, parce qu'il peut y avoir un déni des parents qui n'ont pas envie de voir les choses. Puis ça n'arrive pas par hasard, c'est souvent quand il y a les parents qui se disputent ... Mais là encore, c'est une difficulté externe à notre profession. Enfin je crois qu'il faut être vigilant. Chacun doit répondre à, doit rester à sa place. Je suis que kiné quoi, je suis pas magicienne, je suis pas psy, je suis pas diététicienne ... C'est indispensable que j'alerte, c'est indispensable que je sois disponible, mais c'est pas à moi de la soigner, c'est pas mon métier.

CV : Ok, quelle(s) différence(s) avez-vous ressenti dans la PEC d'une athlète avec et sans TCA ?

160 MKPA : Pour moi aucune hein. Chaque personne a ses problèmes ... Après c'est une question d'adaptation quoi.

CV : Donc en fait y'a rien qui revient régulièrement ?

MKPA : Y'a pas un profil, si ce n'est cacher son corps. C'est toujours plus compliqué qu'elles se déshabillent si elles sont anorexiques. Mais après heu non, y'a pas heu. Enfin t'as différents profils. Déjà c'est quel est le profil alimentaire, parce que tu peux avoir anorexique et boulimique, que anorexique, que boulimique, orthorexique, fin ... Tellement de profils ... Si y'avait un truc spécifique oui ça serait la difficulté à se déshabiller oui. Toujours essayer de cacher, du coton dans le soutien-gorge, fin ...

170 CV : D'accord. Pour compléter vos propos précédents sur vos relations avec le médecin, de quelle manière participez-vous aux décisions relatives aux TCA des athlètes que vous suivez ?

MKPA : Heu par rapport aux TCA d'aucune manière, parce que comme je te dis, pour moi c'est pas mon métier et euh, le médecin me fait comprendre aussi que chacun son job.

CV : Est-ce que vous avez des contacts avec les psychologues qui suivent ces athlètes ?

MKPA : Non.

CV : Vous êtes concerté lors des décisions qui concernent ces athlètes ? Comme suspension d'entraînement, de compétition ...

MKPA : Non, non non, c'est vraiment médical.

180 CV : Ok. Comment vous, vous pensez que vous auriez-pu être mieux préparé à cette thématique, si vous auriez pu l'être ?

MKPA : J'ai pas eu l'impression d'avoir eu un manque d'information. Y'a rien qui m'a manqué. Peut-être aussi parce que je connais très bien le sport depuis mon enfance. Enfin moi j'étais SHN, donc heu, je pense que je connaissais déjà. Je suis pas quelqu'un qui arrive dans le SHN, je connais. Comme je me brosse les dents, je connais le SHN. J'insiste sur le fait que chacun doit rester à sa place, c'est une maladie médicale qui doit être traitée par des professionnels ... voilà ... Comme tout dans la kinésithérapie, je dois être là pour l'alerte, la prévention et l'écoute. Mais ça serait pareil si en massant je sens un ganglion anormal, je dis à la patiente « allez consulter, heu, faites une écho » parce que j'ai mon rôle d'agent de santé publique. Mais je dois pas me substituer au médecin, c'est pas mon rôle.

190

CV : Est-ce que vous pensez que cette problématique devrait être abordée dans la formation initiale ?

MKPA : C'est à dire qu'on est tellement peu à partir dans le sport de haut niveau ... Je suis pas sûre que ... Ça pourrait l'être, mais pas que sur l'aspect sportif. Ça devrait l'être dans la pédiatrie, avec les troubles de l'adolescence. Parce que moi, fin j'ai autant de cas en cabinet que dans le sport. Des ados mal dans leur peau ... y'en a un paquet hein. Voilà, enfin là j'en ai encore une qui est à des années lumières du sport. Donc euh, je le verrai plus dans un cursus de pédiatrie générale, avec les troubles de l'adolescence.

200

CV : D'accord, est-ce que vous y'a des choses que vous aimeriez-mettre en place pour améliorer les PEC et les connaissances des kinés là-dessus ?

MKPA : Honnêtement non, tellement spécifique ... Je pense que ça dépend tellement du sport, ça dépend des codes du sport ... Ça dépend du fonctionnement des

fédérations, fin c'est tellement ... Et puis c'est tellement quelque chose de secret les TCA, que tu peux pas, tu peux mettre des choses en place, mais l'anorexique, elle restera toujours cachée dans son coin ... C'est plus alerter les professionnels sur le fait d'avoir tout le temps l'œil, sur un changement de morphologie. Mais l'anorexique, elle va jamais se vanter d'aller vomir toute seule dans les chiottes ... C'est une maladie tellement du secret. Et elles savent très bien donner l'illusion, quand t'es à table avec elles heu, c'est des vraies magiciennes. Tu crois qu'elles ont mangé alors que ... Donc le conseil, ça serait vraiment avoir l'œil sur ces athlètes. Et observer la moindre prise de poids. Mais c'est des choses que je fais aussi pour autre choses hein, parce que tu peux avoir un problème de la thyroïde qui donne des prises de poids, tu peux avoir un problème de pilule, tu peux avoir fin ... Nous je sais qu'on a l'œil sur les prises de poids, parce qu'il peut y avoir plein de raisons de prendre du poids, sans que ça soit forcément de la boulimie. Nous on a souvent des problèmes avec les contraceptifs, on a du mal à ce qu'elles trouvent un poids stable avec les pilules ...

CV : Oui, parce que c'est quand même un sport qui a une dimension esthétique.
220 MKPA : Oui, ben, et puis notamment toutes celles qui font du couple etc., quand tu dois voltiger tu peux pas avoir un kilo de trop. Sinon ça finit mal, donc heu, le poids c'est quelque chose qui chez nous, c'est la référence. Mais c'est aussi pour les protéger, parce que si elles sont en surpoids elles se blessent. Donc c'est pas que euh obsessionnel ou pour être méchante ou enfin ...

CV : Et est-ce que vous pensez que cette dimension esthétique du sport, ça a un impact ?

MKPA : Je pense que, en fait, quand même pour en avoir plusieurs maintenant. Je pense que ça peut être un élément déclencheur. Mais j'ai l'impression hein, je suis pas psychologue je veux surtout pas heu, prendre la place de voilà. Mais de ce que
230 j'observe j'ai l'impression que l'anorexie c'est un peu en toi et y'a quelque chose qui un jour, fait que ça se déclenche. Et le sport de haut niveau, surtout un sport esthétique, peut-être une élément déclencheur. Mais finalement, c'est quelque chose qui est en toi. Un peu comme une maladie auto-immune, où y'a un trauma qui fait que ça déclenche le problème. Tu vois, comme la fibromyalgie, il suffit qu'il y ait un trauma et ça va déclencher à l'âge adulte. Finalement je pense que c'est quelque chose qui est en toi, et il faut qu'il y ait un élément déclencheur. Et là je suis d'accord, le sport peut favoriser et déclencher. Mais le sport on peut pas dire que c'est un facteur, sinon

tous les sportifs seraient anorexiques. Mais c'est, ça reste une maladie heu
psychiatrique. Voilà, j'insiste sur le fait que c'est pas que de la kiné. On a un rôle
240 d'alerte, de prévention, mais voilà, ça reste de la psychiatrie. C'est des enfants
vraiment en détresse quoi. C'est pas parce que tu l'écoutes pendant que tu la masses
que tu vas la guérir. Et après voilà, moi je fais partie des gens qui pensent que plus tu
en parles plus tu favorise l'obsession et ... Enfin tu vois, il ne faut pas être derrière
chaque sportif et tous les jours « t'es sûr.e que tu te fais pas vomir ? », parce que dans
ce cas-là t'es tranquille, t'es sûre que ça va ... C'est plus surveiller, rester dans l'ombre,
surveiller le moindre changement de morphologie et quand y'a un doute. Parce
qu'encore une fois, l'anorexie ça donne vraiment une morphologie particulière. Tu le
vois tout de suite, les bras ça trompe pas.

CV : Ok, d'accord. Et, est-ce que vous voulez rajouter quelque chose pour clôturer cet
250 entretien ?

MKPA : Non, j'espère que ça répond à tes attentes.

CV : Oui, parfait, merci à vous !

Annexe VI : Code couleur thèmes et sous-thèmes

| Thème 1 : Présentation des MK | | Thème 2 : MK et SHN | | Thème 3 : SHN et TCA | | Thème 4 : MK et TCA dans le milieu du SHN | | Thème 5 : Ouverture | |
|---|--|-------------------------------|--|---|--|---|--|---|--|
| Histoire | | Relation MK/athlète | | Dureté du milieu du SHN, place accordée à la santé vis-à-vis des résultats et inversement | | Connaissances des MK sur les TCA dans le milieu du SHN | | Avis des MK vis-à-vis de leurs connaissances sur les TCA | |
| Activité (Formations, expérience, PEC des SHN) | | Relation MK/staff | | Impact du SHN sur les TCA (positif ou négatif) | | Signes précurseurs / Alertes | | Volonté de mettre des choses en place et nécessité de former sur ce sujet | |
| Place et rôle du/de la MK | | Place des parents | | Difficulté de définir les TCA, place de la société | | Expression clinique des TCA/ Différences hommes/femmes | | Relation MK/patient.e souffrant de TCA, non SHN | |
| | | | | | | Histoires / rencontres | | | |
| | | | | Discrétion, volonté de cacher les TCA | | Place du MK vis-à-vis des TCA, avec l'athlète et le staff | | | |
| | | | | | | Relation MK/athlète souffrant de TCA | | | |

Annexe VII : Retranscription entretien MKGD

Entretien MK4

Intervient auprès des danseurs et danseuses de l'Opéra de X et auprès d'athlètes nationaux de la Fédération Française de Gymnastique

Les informations personnelles sont remplacées par la lettre « X » afin de garantir l'anonymat

CV : Bonjour !

MK4 : Bonjour ! Vous m'entendez-bien ?

CV : Oui parfait ! Et vous ?

MK4 : Ouais très bien ! Ok, alors je vous écoute, dites-moi !

CV : Alors je vous rappelle que l'échange sera rendu anonyme qu'aucune information confidentielle nouveau sera demandée, que l'entretien est enregistré pour permettre plusieurs écoutes et une retranscription fidèle de ce dernier. Aucun propos ne sera modifié ou sorti de son contexte, vous êtes libre d'interrompre l'échange à tout moment de ne pas répondre à toutes les questions qui vous seront posées. Aucune justification ne vous sera demandée. Nous intéressons à la prise en charge masso-kinésithérapique des sportifs et sportives de haut niveau souffrant de troubles du comportement alimentaire. Sentez-vous libre de partager et d'échanger sur ce sujet et de dériver sur des sujets non abordés mais qui vous semblent pertinents.

MK4 : Ok très bien ! Ça roule, merci !

CV : Est-ce que pour commencer vous pourriez-vous présenter en tant que kiné ?

MK4 : Qu'est-ce que vous souhaitez avoir comme informations ?

CV : Alors, savoir depuis combien de temps vous êtes-diplômé ?

MK4 : Alors je suis diplômé de 2003. J'ai une pratique vraiment exclusive sur la kinésithérapie du sport.

CV : D'accord

MK4 : Et euh, je, en plus des formations MK, j'ai une formation d'ostéopathe, de préparateur physique et de coach mental pour le sportif, voilà.

CV : D'accord ! Et donc vous prenez en charge des patients SHN ?

MK4 : Donc au cabinet, j'ai des patients sportifs et non sportifs mais qui ont une activité loisir. Et euh, à l'opéra je travaille avec les danseurs de la compagnie donc des danseurs de haut niveau et je travaille également à X avec l'équipe de France de

gymnastique... Et je fais également des déplacements, lors des stages et des compétitions.

CV : Dans les sports qui sont pratiqués, donc on a dit il y a la danse, la gymnastique, et en haut niveau vous n'avez pas d'autre sports ?

MK4 : Ouais voilà, c'est ça. Sachant que la danse n'est pas un sport.

CV : D'accord !

MK4 : C'est une activité artistique, qui dépend du ministère de la culture. D'accord ?

CV : Oui ok !

MK4 : Alors que la gymnastique fait partie des différents sports et donc appartient au ministère des sports. Dépend du ministère des sports.

CV : D'accord très bien ! Et euh, dans quelle(s) tranche(s) d'âge se situent ces sportifs et sportives ?

MK4 : Euh, les danseurs euh à l'opéra ont entre 17 et 42 ans. Voilà, la retraite des danseurs est à 42 ans. Les gymnastes à X, elles ont entre 16 et 20 ans, à peu près.

CV : D'accord, et quand vous avez en charge des mineur(e)s, est-ce que vous avez un contact avec les parents ?

MK4 : Alors, pas moi, euh le médecin peut l'avoir, les entraîneurs aussi. Mais en fait comme les filles sont à l'internat à X, je gère avec le médecin et après si vraiment y'a un problème qui nécessite l'intervention des parents, c'est le médecin qui prend le contact.

CV : D'accord ! À quelle fréquence est-ce que vous les rencontrez ?

MK4 : Euh, les danseurs de l'opéra tous les jours.

CV : D'accord, donc vous vous rendez à l'opéra presque tous les jours ?

MK4 : Voilà, oui j'y vais lundi, mardi, mercredi et vendredi. Et X j'y vais le mardi soir et le jeudi soir.

CV : D'accord ! Donc vous m'avez dit que vous les accompagnez aussi lors de déplacements.

MK4 : Voilà

CV : Et vous les suivez, en tout temps pour la PEC MK de suivi et lorsqu'il y a des blessures ?

MK4 : Alors, les danseurs à l'opéra quand effectivement il y a des blessures, je m'occupe de toute la rééducation et du maintien du niveau de forme pour qu'il puisse revenir en meilleure forme quoi.

CV : Oui

MK4 : Et euh, quand ils sont pas blessés je m'occupe de tout ce qui est prévention des blessures et préparation physique.

CV : D'accord.

MK4 : À X, donc au pôle France de gymnastique, il y a un PF de gymnastique artistique masculine, un PF de gymnastique artistique féminine, un PF de gymnastique rythmique et un PF de trampoline. Donc on a les 4 disciplines là de la gym, qui sont les 4 disciplines olympiques euh, à X. Et avec les GAF donc gymnastique artistique féminine, je m'occupe en priorité de prévention. Donc là par exemple j'y vais et je vais avoir une demi-heure de séance avec les filles dans le gymnase, puis une demi-heure de séance individuelle. Puis je fais des soins pour ceux qui sont blessés, ou ceux qui ont des petits bobos à la sortie de l'entraînement ou ceux qui ont besoin d'une séance d'ostéo. Et là c'est pour les 4 disciplines. Et quand on a vraiment un blessé, il se fait soigner au pôle médical de X. Parce qu'il y a un centre médical dans X.

CV : D'accord ! Donc vous ne travaillez pas dans le pôle médical de X ?

MK4 : Non, non non. Je travaille au pôle de gym, je suis payé par la fédération de gym.

CV : D'accord, ok ! Euh, comment est ce que vous pourriez décrire votre relation avec les athlètes que vous avez en soin ?

MK4 : Euh ... Comment décrire cette relation ? ... Bah c'est une relation de soignant à soigné déjà. J'essaye au maximum de euh, d'informer les sportifs que je soigne et même les patients en général sur ce qu'ils ont pour qu'ils soient au maximum autonomes, et qu'ils puissent avoir une indépendance dans leur carrière, dans leur PEC médicale la plus importante possible.

Euh donc j'essaye euh le moins d'emprise possible sur eux de les laisser au maximum autonomes, pour qu'ils arrivent à se gérer, et ça c'est dès le plus jeune âge parce que l'autonomie ça s'apprend.

CV : Et est ce qu'ils vous demandent des conseils, est ce qu'il se confient à vous ?

MK4 : Oui oui, oui oui

CV : D'accord, et avec l'équipe médicale et au sein de l'équipe paramédicale, quelles relations vous avez ?

MK4 : Bah heu ... j'ai des relations avec le médecin. À l'opéra on a un médecin du sport, à X on a un médecin du sport qui est pédiatre et qui s'occupe des gymnastes. Donc je suis en lien dans ces deux centres avec ces deux médecins. Et j'ai des collègues kinés aussi et ostéopathes qui travaillent dans les différentes structures. Donc voilà euh, on a des échanges euh là-dessus. Et après on a d'autres intervenants qui peuvent être des psychologues, diététiciens ... Voilà, mais euh je suis un peu moins en lien avec eux, ces autres professionnels.

CV : D'accord, et est-ce que vous êtes informé quand il y a un changement dans l'état de santé des sportifs et sportives ?

MK4 : Oui oui, oui parce que c'est important, ça impacte leur concentration, leurs performances, donc oui, quand il y a un changement, quand il y a quelqu'un qui va pas bien on est informé oui.

CV : Par les médecins ?

MK4 : Ouais, ouais ouais par le médecin. Parfois c'est les entraîneurs, parfois c'est les entraîneurs qui nous le disent.

CV : D'accord, et quand vous vous remontez des informations, est ce que vous vous sentez écouté ?

MK4 : Oui, oui oui.

CV : Ok ! On va parler un peu plus spécifiquement des TCA

MK4 : Ouais

CV : Est-ce que vous pourriez nous parler de vos connaissances sur les TCA chez les SHN ?

MK4 : Heu, c'est très vague comme question.

CV : Heu, est ce que le thème des TCA a déjà été abordé dans les formations que vous avez-faites ?

MK4 : Oui, oui et j'ai lu des choses là-dessus. D'autant que la gymnastique et la danse, c'est deux disciplines avec des recherches esthétiques, sur des corps qui sont en croissance donc avec des troubles qui peuvent apparaître, notamment chez la fille, chez la jeune fille, voilà. Donc oui oui, ça fait partie des alertes que j'ai voilà.

CV : Et est-ce que vous avez eu des informations par les médecins, les entraîneurs à propos de ça ?

MK4 : Oui.

CV : On vous a mis en garde ? On vous a prévenu ?

MK4 : Vous voulez dire lorsqu'il y a un souci avec une fille ?

CV : Heu non pas vraiment, lorsque vous êtes entré à l'opéra par exemple, ou au pôle de gym ?

MK4 : Ah non, j'avais déjà ces connaissances-là.

CV : D'accord, et est-ce que quelqu'un s'est assuré que vous aviez ces connaissances ?

MK4 : Non, non.

CV : D'accord. Et d'après-vous, quels sont les signes avant-coureurs d'un TCA chez un ou une SHN ?

MK4 : Ben cette question, euh, cette question elle est très large. Parce qu'on a parlé des filles, mais les garçons en gymnastique par exemple, euh, ils peuvent avoir une très mauvaise alimentation parfois. Évidemment ils ont pas de problèmes de poids, mais euh, la survenue de tendinites, enfin de tendinopathies, euh les problèmes de récupération, tout ça c'est extrêmement en lien avec l'alimentation. Et on peut avoir bah ouais, des excès alimentaires, un peu de junk food. Et donc les TCA, ça peut évidemment aller jusqu'à l'anorexie, la boulimie, mais y'a aussi des troubles qui sont autres ? Y'en a qui sont orthorexiques ... Enfin, c'est sûr que l'alimentation, elle a une part importante euh dans la performance, donc il faut y faire attention, mais il peut y avoir des déviations.

CV : Et vous dites, chez les hommes, vous ne trouvez pas de pertes de poids ?

MK4 : Non, il n'y a pas une recherche, nécessité de euh, de perte de poids.

CV : D'accord, et chez les femmes, on peut remettre aussi tout ce qui est tendinopathies, problèmes de récupération ... et euh

MK4 : Oui oui, bien sûr, sauf qu'on a d'autres problèmes plus graves que ça en termes de santé mentale, alors que chez les garçons, c'est pas quelque chose qui est très euh, euh, c'est pas le problème d'une sous-alimentation ou d'une boulimie. Chez un garçon on n'a pas trop ça.

CV : D'accord.

MK4 : C'est surtout des problèmes de bonne hygiène de vie en fait. C'est pour ça que je vous parlais de la nécessité d'autonomie dans la PEC. Parce que quand vous soignez quelqu'un qui euh, qui fait tous les exos que vous lui demandez, mais que le soir il fait n'importe quoi, il fume, il boit de l'alcool, parce qu'il surcompense euh, je

sais pas, une détresse, peu importe quoi finalement. Il va rentrer dans un TCA qui va compenser autre chose.

CV : D'accord.

MK4 : Après peut-être que je me trompe, peut-être que dans la définition que vous avez, les TCA ne concernent que des troubles d'origine plus psychologique et euh ...

CV : Non non, tout est intéressant !

MK4 : D'accord.

CV : Y'a pas de définition précise attendue ici, on parle de l'ensemble des perturbations de l'alimentation qui peuvent venir de plein de choses différentes.

MK4 : Souvent l'alimentation est un moment de lâchage, de liberté. Et qui n'est malheureusement pas exceptionnel, parce qu'évidemment, les écarts alimentaires sont souhaitables pour euh ben , pour se faire plaisir, pour eu relâcher un peu la pression ... Mais pas au détriment de la performance. Et malheureusement on peut avoir des comportements qui sont parfois pas souhaitables, et régulièrement ...

CV : D'accord, d'accord. Et chez les femmes, d'autres signes avant-coureurs, vous penseriez à quoi ?

MK4 : Bah un autre signe avant-coureur chez la femme c'est l'amaigrissement. L'apparition de douleurs, de mauvaise récupération ... Après y'a des signes plus médicaux, comme la perte des règles heu, la triade de l'athlète qui est connue.

CV : Et est-ce que vous, dans votre pratique vous faites attention à ces signes ?

MK4 : Oui oui, oui, cet après-midi par exemple j'ai alerté le médecin de l'opéra sur une jeune fille que j'avais croisée et que je trouvais amaigri. Et on a une gymnaste à X qui est un peu en surpoids, et c'est problématique, heu voilà.

CV : D'accord ! Donc vous avez déjà un peu répondu à la question que j'allais vous poser après. Mais peut être que vous allez penser à d'autres moments, donc je vous la repose. Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de déceler ces signes chez des athlètes ?

MK4 : Donc oui.

CV : Ok, et dans ce cas, qu'est-ce que vous avez fait ?

MK4 : Ben j'en ai discuté avec le médecin et avec mes collègues ou l'entraîneur, et voilà.

CV : Et vos ressentis, vos indications, comment est-ce que ça a été perçu par euh, par vos collègues, médecin ... ?

MK4 : Bah le médecin tout à l'heure, il m'a dit « ça fait longtemps que je l'ai pas croisée, je ferai attention si je la croise. ». Souvent, chez les problèmes de surpoids, par exemple chez la gymnaste qu'on a à X tout le monde est au courant, ça se voit donc heu ...

CV : D'accord.

MK4 : Donc heu, j'apprends pas quelque chose, c'est quelques chose de connu.

CV : D'accord, oui, c'est quelque chose de connu.

MK4 : Oui, c'est ça.

CV : D'accord, est-ce qu'il vous ai déjà arrivé de rencontrer euh un ou une athlète que vous aviez en charge et qui avait des TCA avérés?

MK4 : Oui.

CV : Et est-ce que vous pourriez nous parler de cette rencontre ?

MK4 : Euh, bah j'en ai eu plusieurs hein. Euh, bah si, si j'en ai une en tête, mais euh ... Euh, qu'est-ce que vous voulez savoir ?

CV : Est-ce que vous avez modifié vos PEC par rapport à d'autres athlètes qui n'étaient pas sujet à des TCA ?

MK4 : Euh, bah déjà je suis vigilant à la charge de travail quand la ration alimentaire est insuffisante. Euh, ensuite, euh j'essaye d'aborder le sujet, parce que ce sont souvent des sujets qui sont tabous. Euh, et euh quand le sujet a commencé à être abordé, que la porte est ouverte et que je sens qu'il y a une discussion possible ben j'essaye d'avoir un peu plus de détail, et quand je sens que ça dépasse mon champ de compétences bah j'adresse vers quelqu'un dont s'est vraiment le métier.

CV : D'accord, et dans ces cas-là, vous avez été prévenu par le corps médical ?

MK4 : J'ai pas compris votre question.

CV : Est-ce que vous avez été informé par l'équipe médical que l'athlète souffrait d'un TCA ?

MK4 : Ah, c'est moi, c'est moi qui le décèle.

CV : D'accord, on ne vous a pas dit que l'athlète que vous alliez voir en séance avait des troubles ?

MK4 : Non, non non.

CV : Est-ce que vous, vous avez ressenti des différences dans votre PEC, dans votre relation avec l'athlète ?

MK4 : Bah oui, parce qu'il y a plus de vigilance à avoir.

CV : Est-ce que la personne était différente des autres ? Est-ce qu'il y avait un repli sur soi, un besoin de se confier ?

MK4 : Heu, parfois, parfois oui. Ça peut être un, quelque chose qui est mal vécu et pour lequel ils n'ont pas d'interlocuteur. Donc parfois, en séance de kiné on peut être heu, on peut avoir un échange un peu particulier et bienveillant, et faire émerger ce genre de discussion.

CV : D'accord, et est-ce que l'adhésion au traitement kinésithérapique était différente ?

MK4 : Bah, l'adhésion à votre traitement elle est dépendante de la relation que vous arrivez à instaurer. Donc à partir du moment où vous avez une relation de confiance, vous avez une adhésion au traitement, et comme ça va avec ce type de discussion, c'est assez vertueux dans le même sens.

CV : D'accord, euh, et dans ces cas-là, dans ces cas où vous aviez des athlètes avec des TCA, est ce que vous participiez aux décisions sur l'avenir en compétition, en entraînement ou sur les décisions médicales, est ce que vous participiez à tout ça ?

MK4 : Heu, la question s'est jamais posée. Parce qu'on en était pas, euh, on est justement pas arrivé à une situation où euh, le retrait de la compétition ou d'un spectacle s'est produit.

CV : Comment est-ce que vous auriez pu être mieux préparé, ou du moins plus précocement à la problématique des TCA dans le SHN ?

MK4 : Bah, y'a quelque chose qui est important, c'est le niveau de formation des kinés. Je pense qu'on aborde beaucoup l'alimentation sur le versant technique. En gros, ce qu'il faut manger. Mais euh, ce dont je me rends compte, c'est que souvent l'alimentation est dans une soupape et heu, elle sous-tend en fait. Heu, un TCA sous-tend en fait un problème beaucoup plus profond. Donc euh, y'a euh, y'a une nécessité de donner des clefs pour savoir aborder les choses. Je vous disais, j'ai été diplômé en 2003, heu, ça fait longtemps donc aujourd'hui j'ai suffisamment de confiance et d'expérience dans ma pratique pour aborder les choses. Je pense en tant que jeune kiné c'est pas forcément évident. Mais je sais pas quel est le contenu de la formation aujourd'hui, donc euh ...

CV : Oui, d'accord. Et heu, est-ce que vous, vous aimeriez mettre en place quelque chose pour améliorer les connaissances des MK sur ces troubles ?

MK4 : Heu, alors, moi je suis kiné fédéral à la fédé de gym. Donc ça veut dire que je m'occupe de coordonner tout le travail des kinés au niveau national. Et heu, et donc on organise avec le médecin fédéral, des colloques médicaux, et on décide du contenu des colloques en fonction de, des besoins. Et dans le milieu de la gym, c'est souvent, le sujet de l'alimentation revient souvent. Donc c'est un sujet sur lequel on va mettre des intervenants dans les colloques à venir.

CV : Et parce que vous trouvez qu'il y a une fréquence élevée de TCA chez les gymnastes ?

MK4 : Je sais pas si y'a des troubles élevés, mais en tout cas y'a une réelle nécessité d'avoir un poids de forme assez stable, euh, avec des codes esthétiques. Et je pense que c'est important que tout le monde appréhende bien toutes les composantes de l'alimentation.

CV : D'accord, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter pour terminer cet entretien ?

MK4 : Heu, non, non non ? Bah j'espère que j'ai répondu à ce dont vous aviez besoin.

CV : Oui, merci c'était très intéressant !

MK4 : Bah je vous en prie !

Annexe VIII : Nuage de mots (1^{ère} version)



Annexe IX : Nuage de mots (2nde version)



RÉSUMÉ

Troubles du comportement alimentaire chez les sportifs et sportives de haut niveau, quelle place pour les masseur-kinésithérapeutes ?

Introduction : Les troubles du comportement alimentaire (TCA) constituent un problème de santé publique touchant chaque année une plus grande part de la population. Les sportifs.ves de haut niveau (SHN) représentent une population dans laquelle ces troubles sont surreprésentés. De nombreux.ses masseur-kinésithérapeutes (MK) évoluent auprès de ces athlètes, nous nous sommes interrogés.es sur leur place et rôle lors de l'apparition de TCA.

Matériel et méthode : Nous avons mené une enquête qualitative auprès de cinq MK intervenant auprès de SHN et ayant déjà été confrontés.es à la problématique des TCA dans ce milieu. Nous avons échangé sur leur pratique et leurs missions vis-à-vis des SHN et des TCA afin de recueillir leurs témoignages et expériences.

Résultats : Les MK interrogés.es ne se considèrent pas tous.tes impliqués.es dans la prise en charge (PEC) de ces troubles et plusieurs citent leur relation avec le corps médical comme facteur déterminant de cette PEC.

Discussion et conclusion : Bien que certains.es participants.es pensent ne pas être concerné.es par cette problématique, tous.tes jouent en réalité un rôle important dans la PEC des TCA chez les SHN. Grâce à leur relation privilégiée avec les athlètes et leurs compétences, les MK sont acteur.trices de la PEC de ces troubles psychiques et physiques, notamment en s'inscrivant dans une démarche de prévention primaire. Enfin les MK sont essentiels.les dans la détection et PEC des pathologies associées aux TCA que peuvent rencontrer les SHN.

Mots clefs : Anorexie athlétique, anorexie mentale, masso-kinésithérapie, sportifs de haut niveau, troubles du comportement alimentaire.

ABSTRACT

Eating disorders in high-level athletes, what place for physiotherapists?

Introduction: Eating disorders (EDs) are a public health problem affecting a larger proportion of the population each year. High-level athletes represent a population in which these disorders are over-rated. Many physiotherapists work with these athletes, and we wondered about their place and role in the occurrence of EDs.

Method: We conducted a qualitative survey with five physiotherapists who work with athletes and have already been confronted with the problem of EDs in this environment. We discussed their practice and missions in relation to athletes and EDs in order to gather their testimonies and experiences.

Results: Not all the interviewed physiotherapists considered themselves to be involved in the care of these disorders. Moreover, several cited their relationship with the medical profession as a determining factor in this management.

Discussion and conclusion: Although some participants think that they are not concerned by this issue, in reality they all play an important role in the treatment of EDs in athletes. Thanks to their privileged relationship with athletes and their skills, physiotherapists are actors in the treatment of these psychological and physical disorders, in particular by being part of a primary prevention approach. Finally, physiotherapists are essential in the detection and treatment of pathologies associated with EDs that athletes may encounter.

Keywords: Anorexia athletica, anorexia nervosa, physiotherapy, high-level athletes, eating disorders.