

Dysmorphie musculaire

Robin Halioua^{a,b}, médecin diplômé; Dr méd. Markus Deutschmann^b; PD. Dr méd. Stefan Vetter^a; PD. Dr méd. Matthias Jäger^b; Prof Dr méd. Erich Seifritz^b; Dr méd. Malte Christian Claussen^b

^a Zentrum für Integrative Psychiatrie, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

^b Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich



L'idéal de beauté musculaire pour l'homme a évolué au cours des dernières décennies. Une image corporelle négative, autrement dit la crainte de ne pas être suffisamment musclé, amène à s'astreindre à un programme d'entraînement et à des régimes alimentaires stricts. S'il en résulte des perturbations de la vie quotidienne ou une souffrance, on parle de dysmorphie musculaire.

Introduction

Alors que chez les hommes, contrairement aux femmes, il n'y avait pendant longtemps pas d'idéal de beauté prédominant irréaliste, on observe depuis les années 1970 une évolution qui a abouti à l'idéal de beauté musculaire actuel et à son rapport avec les rôles de genre masculins. En parallèle, l'insatisfaction vis-à-vis de son corps a considérablement augmenté au cours des dernières décennies, non seulement chez les femmes mais aussi chez les hommes. Tandis que dans une grande enquête parue en 1973 dans *Psychology Today*, 15% des hommes déclaraient ne pas être satisfaits de leur corps [1], cette proportion s'élevait déjà à 43% dans une enquête similaire datant de 1997 [2]. Au cours de la même période, le tour de biceps de la très populaire figurine d'action G.I. Joe a doublé et même les bodybuilders de niveau mondial d'aujourd'hui sont encore loin de l'atteindre [3]. Toutefois, les figurines d'action ne sont pas les seules à avoir nettement gagné en muscles au cours de cette période, le modèle de couverture de *Playgirl* arbore lui aussi aujourd'hui 12 kg de masse musculaire de plus et 5 kg de masse grasse de moins par rapport aux années 1970 [4]. L'influence de l'idéal de beauté propagé sur le développement d'une insatisfaction vis-à-vis de son corps a été bien étudiée chez les femmes [5], et une telle influence peut également être mise en évidence chez les hommes [6]. Les troubles du comportement alimentaire sont aujourd'hui encore considérés à tort comme un problème essentiellement féminin; pourtant, il arrive aussi que les hommes réagissent à la pression médiatique croissante par un trouble du comportement alimentaire, mais qui n'est en partie qu'insuffisamment détecté au moyen des procédés de dépistage conventionnels.

Cet article s'intéresse à la naissance et au développement des perturbations de l'image corporelle chez les

hommes et à leur impact sur le développement de la dysmorphie musculaire, qui est connue dans le langage populaire sous le nom de «complexe d'Adonis» et a été intégrée pour la première fois dans la classification des maladies psychiques avec le DSM 5 («Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.»).

Perturbation de l'image corporelle

Une image corporelle négative représente une caractéristique centrale de la dysmorphie musculaire. L'image corporelle est définie comme la représentation mentale de son propre corps et de sa propre silhouette, et comme les sentiments, les pensées et le comportement qui accompagnent cette représentation [7].

Déjà le premier critère diagnostique de la dysmorphie musculaire décrit la nature de la perturbation de l'image corporelle: les personnes touchées s'imaginent et craignent de ne pas être assez musclées bien qu'elles le soient. Tout comme les patientes anorexiques, qui ont l'impression d'être trop grosses, les patients souffrant de dysmorphie musculaire se perçoivent comme chétifs et non sportifs même s'ils sont perçus comme très entraînés et musclés par la population normale. Mais d'où vient ce décalage?

Dans le contexte de l'idéal de beauté actuel, il convient de faire la distinction entre deux composantes essentielles de la composition corporelle: la masse musculaire et la masse grasse [8]. Ces deux composantes peuvent être modifiées indépendamment l'une de l'autre, soit par l'entraînement physique ou par l'alimentation, et peuvent ainsi à la fois être considérées comme des dimensions distinctes et comme des dimensions interconnectées, car la masse grasse a un impact sur la visibilité des muscles. Aussi bien chez les femmes que chez les hommes, les composantes citées jouent un

Vous trouverez l'éditorial relatif à cet article à la page 147 de ce numéro.



Robin Halioua

rôle déterminant dans la satisfaction vis-à-vis de son corps, mais dans des proportions différentes.

Tandis que les femmes normo-pondérées ont plutôt tendance à se voir comme étant en surpoids et à développer une quête de minceur, les hommes normo-pondérés ont plutôt tendance à considérer qu'ils souffrent d'une insuffisance pondérale et à développer une quête de muscles [9, 10]. Cela explique pourquoi une proportion non négligeable des hommes ayant participé à l'enquête de *Psychology Today* ont indiqué se trouver trop chétifs et vouloir prendre du poids [2]. Toutefois, il n'est pas ici question d'augmentation de la masse grasse, mais de la masse musculaire, ce qui est désigné par «quête de muscles» dans la littérature. Pour les hommes également, une masse grasse excessive est considérée comme peu souhaitable et dans l'enquête mentionnée, il y avait ainsi aussi des hommes qui voulaient perdre du poids. En résumé, on constate à la fois une quête de minceur et une quête de muscles chez les hommes, et il se peut donc qu'un homme doive gagner en masse musculaire et perdre en masse grasse s'il veut correspondre à cet idéal de beauté [11, 12].

Le désir d'une plus grande masse musculaire explique également pourquoi un rôle essentiel est accordé à la prise en compte des activités sportives dans la considération de la perturbation de l'image corporelle masculine. Tandis que la poursuite d'un idéal de minceur peut passer par l'alimentation et la restriction calorique, une activité sportive est indispensable pour l'augmentation de la masse musculaire, la musculation à l'aide de poids méritant ici tout particulièrement d'être mentionnée. Le rôle précis que joue le sport dans le développement d'une perturbation de l'image corporelle n'est pour l'heure pas déterminé. Les objectifs qui sont poursuivis avec l'activité sportive semblent néanmoins jouer un rôle important à cet égard. Ainsi, Hallsworth et al. [13] ont montré que les bodybuilders étaient moins satisfaits de leur corps que les autres sportifs s'entraînant également avec des poids. Cela a notamment été expliqué par le fait que les bodybuilders s'entraînaient en premier lieu pour des raisons d'apparence et non pas de performance et étaient ainsi en proie à une plus grande auto-objectification. La théorie de l'objectification a été développée par Fredrickson et Roberts [14] et postule que les femmes sont culturellement amenées à percevoir leur corps selon la perceptive internalisée d'un observateur externe et à l'objectifier en conséquence. Cette auto-perception objectifiée du corps peut également être transposée aux hommes. Des études ont effectivement montré que les hommes avec un degré élevé d'auto-objectification jugeaient leur corps de façon plus négative, souhaitaient un corps plus musclé et pratiquaient plutôt le sport pour des raisons d'apparence [13, 15, 16].

Décrire la poursuite de l'idéal de beauté musculaire en considérant uniquement la quête de muscles serait insuffisant, voire simpliste. Seuls de rares hommes souhaitent avoir la masse musculaire d'un bodybuilder de compétition, et l'idéal de beauté propagé ne prévoit d'ailleurs pas une telle masse musculaire. Outre la quête de muscles, il y a une deuxième composante, appelée «drive for leanness» en anglais. Il s'agit de diminuer la masse grasse afin de rendre la musculature existante plus visible. A la différence de la quête de minceur, qui réside principalement dans l'atteinte d'une stature mince/svelte, le concept de «drive for leanness» décrit en premier lieu le rapport entre la musculature et la masse grasse, et non pas la stature. Plus la masse grasse est faible, plus les muscles sous-jacents deviennent visibles. En français, cela correspond à la «définition musculaire». Actuellement, on ne sait pas précisément quelle est l'influence du «drive for leanness» sur le développement d'une perturbation de l'image corporelle et d'un trouble du comportement alimentaire. Il serait concevable qu'à l'instar de la quête de minceur, il soit positivement corrélé avec un comportement alimentaire perturbé et le développement d'un trouble alimentaire, étant donné que la masse grasse est principalement régulée via l'alimentation (tab. 1).

Tableau 1: Différences entre les diverses aspirations.

«drive for muscularity»	Décrit la volonté d'avoir un corps musclé
«drive for leanness»	Décrit la volonté d'avoir un corps bien défini
«drive for thinness»	Décrit la volonté d'avoir un corps mince

Comment intégrer dans un modèle explicatif?

Outre les influences qu'exercent les médias sur la satisfaction corporelle, des études ont également identifié des influences majeures issues de l'environnement social des adolescents [17]. Il convient tout particulièrement de mentionner les amis et les membres de la famille, qui contribuent à l'internalisation de l'idéal de beauté prédominant. Selon le modèle de développement de perturbations de l'image corporelle chez les hommes (fig. 1), l'internalisation de l'idéal de beauté ainsi que l'insatisfaction vis-à-vis de la masse musculaire et de la masse grasse sont considérées comme des médiateurs entre les influences prédominantes et le comportement consécutif visant à l'obtention d'une modification corporelle. L'insatisfaction vis-à-vis de la masse grasse était corrélée à la survenue de troubles du comportement alimentaire, tandis que l'insatisfaction vis-à-vis de la masse musculaire était corrélée à la pratique d'activités destinées à accroître la masse musculaire [18]. Il est pourtant essentiel de souligner que l'in-

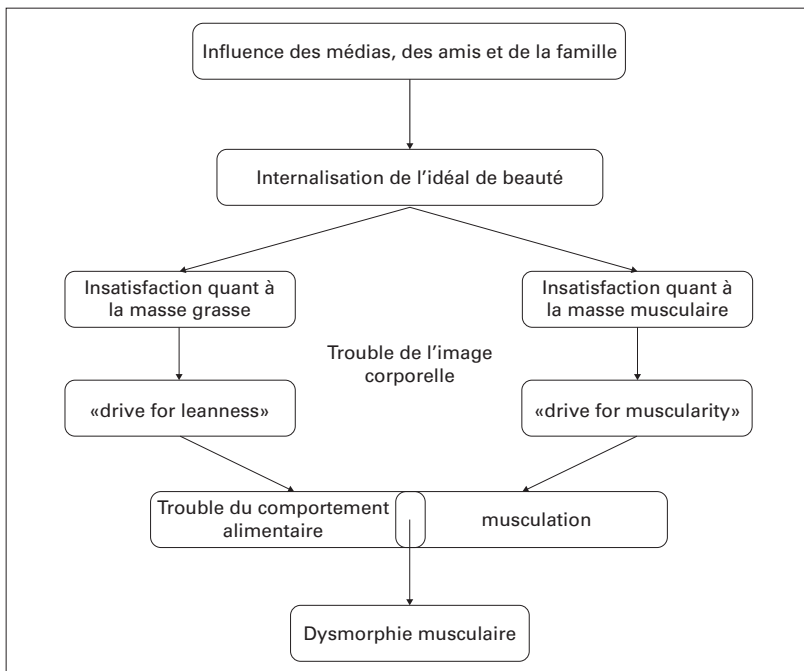


Figure 1: Modèle de développement des perturbations de l'image corporelle chez les hommes (modifié d'après [18]). Le modèle décrit l'influence des amis, des médias et de la famille sur l'internalisation de l'idéal de beauté propagé ainsi que sur l'insatisfaction vis-à-vis de son propre corps, en faisant une distinction entre masse grasse et masse musculaire. A son tour, cette insatisfaction conduit, via la volonté d'être plus musclé ou de perdre de la masse grasse, à des changements comportementaux qui, selon leur ampleur, peuvent remplir les critères diagnostiques de la dysmorphie musculaire.

ternalisation de l'idéal de beauté propagé par les médias est corrélée avec le développement d'une quête de muscles [19] indépendamment du fait qu'elle conduise ou non à une insatisfaction corporelle [18]. Cet aspect semble essentiel, car toute internalisation n'aboutit pas automatiquement à une insatisfaction corporelle.

Outre l'internalisation de l'idéal de beauté propagé, la contemplation fréquente ou la comparaison fréquente de son propre corps semble aussi jouer un rôle déterminant dans le développement et le maintien d'une perturbation de l'image corporelle. Il a pu être montré que le fait de se regarder fréquemment dans le miroir («body checking») avait une répercussion négative sur la satisfaction corporelle [20] et que la tendance à se livrer à des comparaisons ascendantes (comparaison de son propre corps avec celui d'autres personnes perçues comme plus attrayantes) était corrélée à une insatisfaction corporelle accrue [21]. Avant tout la contemplation de son corps semble jouer un rôle essentiel, car cela déclenche en particulier des affects négatifs [22]. Cela pourrait entre autres s'expliquer par le fait que les stimuli autocentrés activent dans une large mesure des auto-schémas négatifs, qui à leur tour se traduisent par une perception déformée de son propre corps. En conséquence, les sujets atteints scrutent et comparent de préférence des zones corporelles perçues comme

non attrayantes, ce qui aboutit à une insatisfaction corporelle accrue [23].

On ne sait actuellement pas quels facteurs jouent précisément un rôle dans le développement d'une perturbation de l'image corporelle voire d'une dysmorphie musculaire ni pourquoi certains hommes développent un tel trouble, tandis que d'autres aiment tout simplement fréquenter la salle de sport.

Même s'il est question d'un idéal de beauté masculine, il se pose la question de savoir si c'est réellement la beauté qui importe pour les hommes qui poursuivent cet idéal. Le corps masculin ne doit pas nécessairement être beau et malgré tout, les muscles jouent un rôle central pour l'apparence corporelle masculine, car ils soulignent la fonctionnalité du corps. La fonctionnalité du corps masculin fait partie intégrante du rôle de genre masculin depuis des siècles [24]. La masculinité se définit toujours et encore dans une large mesure par le pouvoir, l'argent et la performance, et les hommes disposent ainsi de certains champs de compensation. Il est donc tout à fait concevable que les jeunes hommes de constitution physique faible puissent atteindre des valeurs de masculinité par le biais de performances intellectuelles et d'aptitudes techniques [24, 25]. Dans cette perspective, l'orientation vers l'idéal de corps musclé peut être interprétée comme une tentative de recherche d'identité masculine qui, via le modelage du corps, permet de soumettre le destin à ses propres actes. Ce faisant, la dysmorphie musculaire pourrait représenter la résolution pathologique d'une masculinité subjectivement menacée ou insuffisamment développée. En effet, une étude a pu montrer que les patients souffrant de dysmorphie musculaire avaient souvent été victimes de harcèlement durant leur enfance/adolescence et avaient essuyé des brimades en raison d'une constitution physique chétive, de performances intellectuelles insuffisantes ou d'absence de dons pour le sport [26]. À côté des frères et sœurs, des amis et des entraîneurs, le père a souvent été cité comme une personne ayant une implication centrale. Le développement d'un corps musclé peut alors faire office de blindage, de protection et de limite par rapport à l'extérieur, mais aussi de compensation d'un manque perçu subjectivement d'attributs masculins [27].

Epidémiologie

La prévalence exacte de la dysmorphie musculaire dans la population générale n'est actuellement pas connue [28]. Des études récentes estiment néanmoins qu'elle correspond à peu près à celle des troubles alimentaires chez les femmes (6,9%) [29]. Ce chiffre doit être considéré comme une estimation grossière, car des entre-

tiens cliniques n'ont pas été conduits dans l'étude mentionnée. Bien que la maladie soit le plus souvent diagnostiquée chez des jeunes hommes, elle peut également toucher les femmes, mais des données fiables à ce sujet ne sont pas disponibles. L'âge moyen lors du premier diagnostic est de 19 ans, et les bodybuilders sont considérés comme une population à risque [30].

Manifestations cliniques

La dysmorphie musculaire a été décrite pour la première fois en 1993 par Pope et al. en tant que «reverse anorexia»; en étudiant la consommation de stéroïdes chez les bodybuilders de sexe masculin, ils ont constaté que certains des volontaires présentaient une perturbation de l'image corporelle à l'exact opposé de l'anorexie mentale [31]. Plus tard, le trouble a été renommé «dysmorphie musculaire» et classifié parmi les dysmorphophobies. La dysmorphie musculaire a pour la première fois été intégrée dans la classification des troubles psychiatriques avec le DSM-5. Bien que les critères diagnostiques (tab. 2) aient principalement été développés sur la base d'études conduites chez des bodybuilders [32], la pratique extensive du bodybuilding ou de la musculation n'est pas synonyme de diagnostic de dysmorphie musculaire. Pour le diagnostic, des altérations au niveau de différentes sphères de la vie ou une souffrance élevée doivent impérativement être présentes.

Les personnes atteintes craignent de ne pas être suffisamment musclées bien qu'elles soient le plus souvent nettement plus musclées que la moyenne. Cette crainte amène les personnes touchées à mener un mode de vie caractérisé par la pratique excessive du sport et un régime alimentaire minutieusement planifié, mode de vie que de nombreux sujets atteints de dysmorphie musculaire perçoivent comme compulsif

[33]. Plus de 50% des patients décrivent ne plus avoir de contrôle sur l'entraînement et l'alimentation [30]. Ainsi, faire l'impasse sur une seule séance d'entraînement ou dévier du plan diététique peut déjà être à l'origine d'une telle tension que les patients se sentent obligés de compenser par des contre-mesures, telles qu'un entraînement supplémentaire ou des adaptations alimentaires. Les idées obsédantes de ne pas être suffisamment musclé accaparent une bonne partie de la journée (jusqu'à 5½ heures par jour) [30] et poussent les patients à respecter strictement le régime sportif et alimentaire, de sorte que les contacts sociaux, les relations, les loisirs et le travail sont négligés lorsqu'ils ne semblent pas compatibles avec l'entraînement musculaire. Etant donné que l'alimentation est souvent planifiée de façon méticuleuse et que les repas sont cuisinés à l'avance et conservés dans des récipients, de nombreux patients évitent les repas communs avec les collègues ou les repas au restaurant, car la teneur en macronutriments ne peut alors bien souvent pas être contrôlée de façon précise. Certains patients évitent les relations intimes et les histoires sentimentales par peur d'être rejetés en raison de leur corps chétif ou par peur qu'une relation ne compromette leur plan d'entraînement [32].

En raison de la musculature perçue comme insuffisante, il peut arriver que les patients tentent d'éviter les situations dans lesquelles leur corps est vu par d'autres personnes ou qu'ils essaient de paraître plus musclés en portant plusieurs couches superposées de vêtements. Des cas extrêmes dans lesquels les personnes touchées évitent totalement de sortir de chez elles ont été décrits dans la littérature [33].

Un autre symptôme est le «body checking»: le patient se regarde dans le miroir pour se rassurer qu'il est encore assez musclé ou pour confirmer le déficit existant de muscles. Cela se produit en moyenne 13 fois par jour chez les sujets souffrant de dysmorphie musculaire [33].

Comorbidités

Parmi les comorbidités fréquentes figurent les troubles affectifs, les troubles anxieux et les dépendances à des substances [30]. Chez les patients souffrant de dysmorphie musculaire, la prévalence vie entière des troubles affectifs s'élève à 65–85%, les épisodes dépressifs sévères semblant être les plus fréquents. La prévalence vie entière des dépendances à des substances est également très élevée, de l'ordre de 85%, la consommation d'anabolisants ne représentant qu'une faible proportion de ces dépendances. Parmi les troubles anxieux comorbides, il convient en particulier de mentionner le trouble panique, qui est le plus fréquent dans ce contexte. Toutefois, des troubles obsessionnels compulsifs, des phobies et des troubles anxieux généralisés ont également

Tableau 2: Critères diagnostiques de la dysmorphie musculaire (d'après [32]).

La personne est excessivement préoccupée à l'idée d'avoir un corps trop petit ou pas assez musclé alors qu'elle est parfaitement musclée.

Cette préoccupation excessive cause des souffrances ou altérations cliniquement pertinentes au niveau social, professionnel ou dans d'autres domaines fonctionnels importants, parmi lesquels au minimum 2 des 4 critères suivants doivent être remplis:

- La personne néglige des activités sociales et des obligations professionnelles en raison du strict respect du programme d'entraînement et du régime.
- La personne évite les situations où son corps est vu par les autres ou les endure seulement avec une grande tension.
- Cette préoccupation excessive cause des souffrances ou altérations cliniquement pertinentes au niveau social, professionnel ou dans d'autres domaines fonctionnels importants.
- La personne poursuit son programme sportif et diététique malgré la mise en évidence d'effets néfastes sur la santé ou continue de prendre des préparations qui augmentent les performances.

La préoccupation excessive quant à l'apparence physique ne peut pas être mieux expliquée par des craintes relatives à la masse grasse ou au poids, telles qu'elles surviennent chez les personnes dont les symptômes remplissent les critères diagnostiques d'un trouble alimentaire.

été décrits dans la littérature. Une prévalence vie entière des tentatives de suicide de 50% a été rapportée dans la littérature. Il convient néanmoins de signaler que toutes les données mentionnées sont issues d'études avec de faibles effectifs et doivent dès lors être interprétées avec prudence [33, 34].

Abus d'anabolisants

Les anabolisants se subdivisent en stéroïdes androgènes anabolisants (SAA) et en autres substances anabolisantes. Parmi les SAA, outre l'hormone sexuelle masculine endogène qu'est la testostérone, figurent également des substances ayant une action comparable à celle de la testostérone et qui peuvent être fabriquées synthétiquement. Les stéroïdes anabolisants augmentent la synthèse protéique (développement musculaire), raccourcissent la durée de régénération et réduisent la masse grasse [35]. Hormis leurs effets indésirables sur le système cardiovasculaire [36] et le métabolisme lipidique et leur hépatotoxicité [37], les anabolisants sont également associés à des effets indésirables psychiques prononcés: dans une étude réalisée chez des bodybuilders et des footballeurs, parmi les volontaires prenant des anabolisants, 25% présentaient des troubles affectifs et 12% des troubles psychotiques [38].

La relation exacte entre la survenue d'une dysmorphie musculaire et l'abus d'anabolisants n'est pas définitivement élucidée. La dysmorphie musculaire semble souvent précéder la consommation d'anabolisants, qui peut alors dans un second temps entretenir la dysmorphie musculaire [39]. Il est essentiel de mentionner que la consommation d'anabolisants est presque toujours précédée par la consommation d'autres substances, telles que l'alcool, la cocaïne ou les amphétamines [40].

Trouble dysmorphophobique ou trouble alimentaire?

Une question centrale qui n'a pas encore trouvé de réponse est celle de savoir si la dysmorphie musculaire ne devrait pas au fond être classée parmi les troubles alimentaires. Deuxièmement, il se pose la question de savoir si dans le cas de la dysmorphie musculaire, qui touche principalement les jeunes hommes et vise une augmentation de la masse musculaire, il est au juste possible de déceler d'éventuels troubles du comportement alimentaire au moyen des questionnaires conventionnels. En effet, ces questionnaires se focalisent tous sur un comportement alimentaire qui est mis au service d'un idéal de minceur et concerne principalement les femmes.

Bien que la dysmorphie musculaire ait au début été considérée comme une «reverse anorexia nervosa» et

ait donc initialement été classée dans le spectre des troubles alimentaires, elle aujourd'hui classifiée comme un sous-type de troubles dysmorphophobiques au sein du DSM-5. Cette décision a principalement été motivée par le fait qu'un trouble du comportement alimentaire peut éventuellement survenir de façon secondaire dans le cadre de la dysmorphie musculaire, mais la caractéristique principale de la maladie réside dans l'entraînement excessif au moyen de poids [41]. Il existe néanmoins des arguments qui sont en faveur d'une classification nosologique parmi le spectre des troubles alimentaires, sachant que l'accent doit ici être mis sur le comportement alimentaire orienté vers le gain de masse musculaire et non pas sur celui orienté vers la quête de minceur. Ainsi, comme déjà mentionné, les patients atteints de dysmorphie musculaire s'astreignent à un régime alimentaire particulièrement strict, qui est scrupuleusement suivi. Murray et al. sont parvenus à montrer que chez les patients avec une dysmorphie musculaire, un trouble du comportement alimentaire similaire à celui de l'anorexie pouvait être mis en évidence lorsque les questions du «Eating Disorder Examination Questionnaire» étaient modifiées et orientées sur la quête de muscles. Concernant le nombre total de points, il n'y avait alors plus de différence entre les patients atteints de dysmorphie musculaire et ceux atteints d'anorexie mentale [42].

Un rôle central dans la poursuite de l'idéal de beauté musculaire est attribué au comportement alimentaire axé sur le gain de masse musculaire. Sur certains points, ce comportement alimentaire se distingue néanmoins considérablement du comportement alimentaire perturbé dans le cadre d'un idéal de minceur, qui se traduit principalement par une restriction calorique. En cas de dysmorphie musculaire, l'alimentation est riche en protéines et dépendant de la phase (développement musculaire ou diète), les patients visent un excédent ou une restriction calorique. La quantité de protéines ingérées est le plus souvent de l'ordre de 1,5–3 g de protéines par kilogramme de poids corporel, tandis que les quantités de glucides et de lipides varient selon la philosophie adoptée («high- ou low-carb»). Ce comportement alimentaire à lui seul ne peut pas encore être considéré comme pathologique, mais il doit être évalué au sein d'un continuum, allant de «sain» à «dysfonctionnel» ou «néfaste». Ainsi, la consommation de boissons protéinées ne constitue pas en soi un problème pour la santé; en revanche, elle peut être une composante d'un comportement alimentaire perturbé lorsque le fait de ne pas consommer la boisson protéinée provoque chez le patient une tension, une agitation et une angoisse massives, car il redoute un approvisionnement sous-optimal de l'organisme en protéines et donc une perte

Correspondance:
Robin Halioua,
médecin diplômé
Lenggstrasse 31
CH-8032 Zurich
robin.halioua[at]puk.zh.ch

musculaire [43]. De même, le pesage exact des aliments et la préparation à l'avance de plusieurs repas («meal-prepping»), qui sont des pratiques fréquentes dans le bodybuilding, ne sont en soi pas pathologiques, mais doivent être interprétés dans le contexte des altérations sociales, professionnelles et psychiques associées. Dans le cadre de la dysmorphie musculaire, le non-respect, le plus souvent involontaire, du plan diététique peut être à l'origine d'une augmentation des symptômes psychiques et donc de stratégies de compensation, telles qu'un entraînement supplémentaire ou l'omission de repas.

Perspectives

Dans le modèle transdiagnostique de Fairburn et al., les pathologies clés des troubles alimentaires sont définies comme la survalorisation de l'alimentation, de la

silhouette et du poids [44]. A la fois la silhouette et l'alimentation jouent un rôle central dans la survenue et le maintien de la dysmorphie musculaire. Dans ce contexte, les critiques à l'encontre de la classification nosologique actuelle de la dysmorphie musculaire parmi les troubles dysmorphophobiques sont parfaitement justifiées [45].

Il existe déjà certains questionnaires qui dépeignent l'insatisfaction corporelle chez les hommes ou tiennent compte des critères diagnostiques de la dysmorphie musculaire (tab. 3). Ces questionnaires ont toutefois essentiellement été validés chez des volontaires non-cliniques, si bien qu'il n'existe pas de valeurs seuils fiables pour la pratique clinique. Par ailleurs, il n'existe aucun questionnaire focalisé sur le comportement alimentaire axé sur le gain de masse musculaire. En conséquence, il est difficile de cerner la véritable ampleur du trouble du comportement alimentaire dans le cadre de la dysmorphie musculaire afin d'éventuellement classer cette affection parmi les troubles alimentaires. En plus, aucune étude avec des volontaires cliniques n'a été réalisée à ce jour et il est dès lors quasiment impossible d'émettre des conclusions valides sur la survenue, l'évolution et le traitement de la dysmorphie musculaire. En outre, de grandes études épidémiologiques permettant d'évaluer précisément la prévalence ainsi que la répartition par sexe et par âge font défaut.

Il est peu probable que la présence dans les médias de corps musclés et entraînés d'hommes mais aussi de femmes diminue dans un avenir proche. Il est dès lors essentiel de comprendre comment cela se répercute sur la perception et la satisfaction corporelles et finalement sur le comportement alimentaire afin que nous puissions acquérir une meilleure compréhension du trouble récent de la dysmorphie musculaire et développer à l'avenir des stratégies de prévention et des traitements efficaces.

Consultation spéciale

En tant que première offre spécialisée de Suisse, la Clinique universitaire psychiatrique de Zurich propose une consultation spéciale de psychiatrie et psychothérapie du sport. Cette offre a pour vocations principales l'évaluation psychiatrique dans le contexte spécifique du sport, le conseil et le traitement des sportifs de compétition souffrant de problèmes et maladies psychiques.

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2019.08039>.

Tableau 3: Questionnaires.

	Quel est l'objet du questionnaire?	Version en langue allemande disponible?
Drive for Muscularity Scale (DMS) [10]	Volonté d'avoir un corps musclé	Oui
Drive for Leanness Scale (DLS) [46]	Volonté d'avoir un corps bien défini	Non
Male Body Attitude Scale (MBAS) [47]	Insatisfaction quant à la masse grasse/musculaire	Non
Muscle dysmorphic disorder Inventory [48]	Critères diagnostiques de la dysmorphie musculaire	Oui

L'essentiel pour la pratique

- Une image corporelle négative est une caractéristique centrale de la dysmorphie musculaire.
- La crainte de ne pas être suffisamment musclé est le fil conducteur d'un style de vie marqué par une pratique excessive du sport et des régimes alimentaires minutieusement planifiés. Si cela s'accompagne d'altérations de la vie sociale ou professionnelle ou d'une souffrance élevée, le diagnostic de dysmorphie musculaire peut être posé.
- Parmi les comorbidités les plus fréquentes, on compte les troubles affectifs, les troubles anxieux et les dépendances à des substances. Le risque de suicide est également fortement accru.
- Dans le DSM-5, la dysmorphie musculaire a été classée en tant que trouble dysmorphophobique parmi les troubles obsessionnels compulsifs et troubles associés. La survalorisation de la silhouette et l'alimentation justifierait aussi une classification en tant que trouble alimentaire.
- Bien que la dysmorphie musculaire survienne surtout chez les hommes, les femmes peuvent également être touchées. Les répercussions du changement actuel de l'idéal de beauté féminin de maigre/mince à athlétique sur la perception corporelle et le comportement alimentaire des femmes sont encore mal connus.