

Isabelle Bertrand

Pratiques d'infirmière clinicienne et obésité

Etude de deux pratiques d'infirmière clinicienne sur la relation à soi du patient obèse, suivi en service de Nutrition Clinique (CHU de Clermont-Ferrand)

Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2015

Isabelle Bertrand

Pratiques d'infirmière clinicienne et obésité

Etude de deux pratiques d'infirmière clinicienne sur la relation à soi du patient obèse, suivi en service de Nutrition Clinique (CHU de Clermont-Ferrand)

Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2015

©2015
Isabelle Bertrand
“ALL RIGHTS RESERVED”

Isabelle Bertrand

Pratiques d'infirmière clinicienne et obésité

Etude de deux pratiques d'infirmière clinicienne sur la relation à soi du patient obèse, suivi en service de Nutrition Clinique (CHU de Clermont-Ferrand)

Thèse de doctorat soumise à l'Université Fernando Pessoa
en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences Sociales,
Spécialisation Psychologie,
sous la direction du Prof. Dr Danis Bois.

ISABELLE BERTRAND : Prática de enfermagem clínica e obesidade.
Estuda da prática de duas enfermeiras de clínica sobre a relação a si mesmo do
paciente obeso, atendido em serviço de nutrição clínica do CHU. (CHU
Clermont-Ferrand)
(Sob orientação do Prof. Doutor Danis Bois)

RESUMO

Esta pesquisa, realizada na área das ciências sociais na Universidade Fernando Pessoa especialização psicologia, concerne à questão da pessoa obesa. Na parte teórica, nós realizamos um levantamento do conhecimento atual nessa área. Constatamos que distúrbios do relacionamento ao corpo e do relacionamento consigo mesmo são onipresentes no caso da pessoa obesa e, sobretudo, o constrangimento físico, a imagem do corpo, a representação corporal e a insatisfação corporal. No entanto, o atendimento com mediação corporal, que vise ao relacionamento subjetivo ao corpo e ao relacionamento consigo mesmo, falta nas recomendações nacionais e internacionais.

A nossa pesquisa se situa no âmbito de uma investigação de observação na área da saúde, e foi realizada com base em práticas já existentes de duas enfermeiras de clínicas e sem modificar o jeito de atender o paciente, no serviço de “*Nutrition Clinique*” (nutrição clínica) do CHU de Clermont-Ferrand. Essas enfermeiras propõem aos seus pacientes obesos, com um modo de atendimento inovador, abordagens do relacionamento com si mesmos com mediação corporal. Esse trabalho de pesquisa avalia a pertinência de introduzir a mediação corporal junto a essa população e no âmbito institucional.

Assim, nós empregamos uma metodologia de pesquisa mista, através de uma análise quantitativa feita junto a setenta e cinco participantes, utilizando um questionário auto-administrado, e nos desenvolvemos duas análises qualitativas, uma a partir de questões abertas (setenta e cinco participantes) e a outra a partir de entrevistas e conversas clínicas com dezoito participantes. Essa pesquisa mostra a pertinência de utilizar uma metodologia mista para estudar os conteúdos das experiências vividas complexas e evidencia as diferentes contribuições da relação de ajuda com mediação corporal no atendimento da obesidade.

ISABELLE BERTRAND : Clinical nurse practice and obesity
Study of two clinical nurse practices regarding relationship to the self of obese
patients at the clinical nutrition service of a university hospital (University
Hospital of Clermont-Ferrand)
(Under the orientation of Prof. Dr. Danis Bois)

ABSTRACT

This research conducted in the field of social sciences applied to psychology at University Fernando Pessoa, addresses obese person care. First of all, a literature review offers a state of the art of updated scientific knowledge in the field. It appears that disorders of the relationship to the self and to the body are pervasive among obese persons, in particular physical discomfort, body image, bodily representation and bodily dissatisfaction. In spite of this, bodily mediated support focusing on subjective relation to the body and to the self, is lacking in national and international recommendations.

Our research is a health observational survey, conducted within the nutrition service of Clermont-Ferrand University Hospital, on existing practices of two clinical nurses, with no interference to the patients' care pathway. In an innovative manner, these two nurses offer to their obese patients a health care protocol using bodily approaches of the relation to self.

Our study aims at assessing the relevance of including bodily approaches with such population in such institutional framework. We have therefore developed a mixed method research protocol, using on the one hand a quantitative analysis on a self-administered questionnaire to seventy-five participants, and on the other hand, two qualitative analyses, one investigating open questions of the self-administered questionnaire and the other investigating clinical interviews of eighteen participants. This research shows the relevance of using a mixed method when studying the complex contents of lived experience. It also points out the different benefits of bodily mediated therapeutic relationship in obesity health care.

ISABELLE BERTRAND : Etude de deux pratiques d'infirmière clinicienne
sur la relation à soi du patient obèse, suivi en service de Nutrition Clinique
(CHU de Clermont-Ferrand)
(Sous la supervision du Prof. Dr. Danis Bois)

RÉSUMÉ

Cette recherche, réalisée dans le cadre des sciences sociales à l'Université Fernando Pessoa spécialisation psychologie, concerne la question de la personne obèse. Dans le champ théorique, nous avons réalisé un état des lieux de la connaissance actuelle dans ce domaine. Il s'avère que les troubles du rapport au corps et de la relation à soi sont omniprésents chez la personne obèse et notamment la gêne physique, l'image du corps, la représentation corporelle et l'insatisfaction corporelle. Et pourtant, la prise en charge à médiation corporelle, qui vise le rapport subjectif au corps et la relation à soi, fait défaut dans les recommandations nationales et internationales.

Notre recherche se situe dans le cadre d'une enquête observationnelle en santé, elle a été réalisée sur des pratiques existantes de deux infirmières cliniciennes et sans modifier le parcours de soin du patient, dans le service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand. Ces infirmières proposent à leurs patients obèses, de manière novatrice dans leur prise en charge, des approches de la relation d'aide à médiation corporelle.

Ce travail de recherche évalue la pertinence d'introduire la médiation corporelle auprès de cette population et dans le cadre institutionnel. Pour cela, nous avons réalisé une méthodologie de recherche mixte à travers une analyse quantitative effectuée auprès de soixante-quinze participants, à partir d'un questionnaire auto-administré et nous avons déployé deux analyses qualitatives, l'une à partir de questions ouvertes (soixante-quinze participants) et l'autre à partir d'entretiens cliniques appliqués sur dix-huit participants. Cette recherche montre la pertinence d'utiliser une méthodologie mixte pour étudier les contenus de vécu complexes et met en évidence les différents apports de la relation d'aide à médiation corporelle dans la prise en charge de l'obésité.

REMERCIEMENTS

Ces remerciements sont nécessaires. Une thèse est un travail de longue haleine, avec des temps de réflexion, de discussion, de collaboration, d'intégration, mais aussi des temps de doute, d'urgence, de désespoir. Je tiens à remercier chacun individuellement pour la place qu'il a pris à mes côtés au cours de ces trois années de thèse de doctorat. Chacun, à son niveau, a œuvré pour que celle-ci soit possible.

- Au Pr Dr Danis Bois, directeur du laboratoire CERAP (UFP – Porto), tel un chercheur d'or, il part à la quête de l' "or" qui est dans l'Humain. Il a su trouver les mots pour guider cette thèse, il a su être disponible et attentionné dans les moments difficiles. Sa présence et son expertise dans la recherche font de lui un directeur de thèse remarquable.
Je vous remercie, Pr. D. Bois, de m'avoir accompagnée, guidée et soutenue dans cette recherche doctorale.
- Au Pr Yves Boirie, enseignant-chercheur confirmé dans la recherche en Nutrition Humaine (INRA, UMR1019, UNH, CRNH Auvergne), il a accueilli avec curiosité et bienveillance cette recherche en sciences Sociales, il a su créer les conditions de la réalisation de cette thèse,
Je vous remercie, Pr Y. Boirie, pour votre accueil et votre soutien tout au long de ces trois années de thèse.
- A Marie-Christine Fedor, infirmière clinicienne, formée à la psychopédagogie perceptive, compétente, innovante et chercheuse dans l'âme,
Je te remercie de ton amitié, de ton aide précieuse et de son soutien.
- A Claire Leysenne-Ouvrard, infirmière clinicienne, formée à la relation d'aide et au Qikong, compétente, attentive et chercheuse,
Je te remercie de ta confiance, de ton soutien et de m'avoir permis d'analyser ta pratique,
- A toute l'équipe du CHU de Clermont-Ferrand, qui m'a accueilli tout au long de ces 3 années de thèse
- A Martine Hiriart-Durruty et Hélène Font, statisticiennes œuvrant bénévolement pour ma thèse,
Je vous remercie d'avoir eu la patience de m'initier aux statistiques et d'avoir sur m'aider à les dompter

- A Christian Courraud, compagnon de route au quotidien, chercheur passionné (UFP Porto),
Finir nos thèses ensemble est un moment inoubliable de notre parcours de vie, ton amour, ton soutien et tes encouragements, ta présence inconditionnelle ont accompagné ces trois ans.
Je te remercie d’être à mes côtés chaque jour.

- A Anne Lieutaud
Pour ta présence et ton aide précieuse notamment à la finalisation de cette thèse,

- A toute l’équipe des chercheurs du CERAP, notamment Eve Berger, Hélène Bourhis et Emmanuelle Duprat,

- A ma famille qui m’a encouragé régulièrement et qui a contribué à la réalisation de ma thèse, notamment Christian,
 - Laura, je te remercie de ton dynamisme contagieux, et je n’oublie pas le défi que nous avons relevé ensemble, motivation supplémentaire dans un moment de doute,
 - Marie, je te remercie de chacune de tes attentions, de ta gentillesse et de ton sourire, encouragements de chaque jour,
 - Mes parents, dynamiques et enthousiastes, je vous remercie de m’avoir appris à lutter contre l’injustice, la discrimination et l’indifférence,

- A mes ami(e)s notamment Anouk Serre, Christelle Richard, Françoise Lepage, Cyril Dupuis, Vivianne Fontaine et Gaëtane Grange,

A mes relectrices attentives,

A Anne Lieutaud et Sophie Renet, pour votre aide précieuse à la traduction,

Aux patients du service de Nutrition Clinique, qui ont accepté de participer à cette thèse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
<i>Place du vécu singulier des patients obèses</i>	<i>1</i>
<i>Pertinence à proposer une pratique à médiation corporelle</i>	<i>2</i>
<i>Perception comme voie d'accès à la connaissance de soi du patient obèse</i>	<i>3</i>
<i>Plan de la thèse.....</i>	<i>3</i>
PREMIERE PARTIE CHAMP THEORIQUE	5
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE	6
<i>1. Pertinence personnelle</i>	<i>6</i>
<i>2. Pertinence professionnelle et sociale</i>	<i>8</i>
• Pour les infirmiers cliniciens	8
• Pour les praticiens en pratiques à médiation corporelle	9
• Pour les praticiens auprès du patient obèse	9
<i>3. Pertinence scientifique</i>	<i>10</i>
<i>4. Question de recherche et objectifs.....</i>	<i>12</i>
4. 1. Question de recherche.....	12
4. 2. Objectifs de la recherche.....	13
CHAPITRE II : CHAMP THEORIQUE	14
ORGANISATION GENERALE DU CHAMP THEORIQUE	14
1. ETAT DES LIEUX DE LA NOTION D'OBESITE	14
<i>1. 1. Problématique de l'obésité en France et dans le monde.....</i>	<i>14</i>
1. 1. 1. Définition de l'obésité.....	15
1. 1. 2. Quelques chiffres marquant la présence de l'obésité dans le monde.....	17
1. 1. 3. Recommandations internationales : lutter contre l'obésité.....	18
<i>1. 2. Evolution et problématiques en cause dans l'épidémie de l'obésité.....</i>	<i>22</i>
1. 2. 1. Vers la notion de maladie	22
1. 2. 1. 1. Évolution de la conception de la corpulence	22
1. 2. 1. 2. Rôle de la société : vers une pathologie sociétale.....	23
1. 2. 2. Obésité et société ?.....	24
1. 2. 2. 1. Inégalités sociales et obésité	24
1. 2. 2. 2. Contradiction de notre société occidentale et impacts sur l'épidémie - obésité	27
1. 2. 2. 3. Politiques de santé publique et obésité	28
1. 2. 2. 4. L'obèse dans la société : stigmatisation et discrimination.....	30
1. 2. 3. L'obésité, une maladie multifactorielle	38
1. 2. 3. 1. Facteurs génétiques influençant la prise de poids.....	38
1. 2. 3. 2. Évolution des modes de vie et obésité	39

1. 2. 3. 3. Phénomènes d'adaptation et obésité	40
1. 2. 3. 4. Rôle du comportement alimentaire dans la prise de poids.....	42
1. 2. 3. 5. Influence des facteurs métaboliques	47
1. 2. 3. 6. Évolution de l'alimentation et du commerce agroalimentaire	49
1. 2. 4. Structure psychique des patients obèses	50
1. 2. 4. 1. « L'obèse n'existe pas. Il n'y a pas de structure psychique d'obèse. Et personne ne se résume à son poids...» (Grangeard, 2012, p. 9).	50
1. 2. 4. 2. Stéréotypes et représentations concernant l'obésité.....	53
<i>1. 3. Problématiques de vie rencontrées par les personnes obèses et étudiées dans cette recherche</i>	<i>57</i>
1. 3. 1. L'estime de soi des patients obèses	57
1. 3. 1. 1. Définition de l'estime de soi	57
1. 3. 1. 2. Rôles de l'estime de soi	58
1. 3. 1. 3. Rôle des comparaisons sociales	58
1. 3. 1. 4. Déficience de l'estime de soi des patients obèses.....	59
1. 3. 2. Le stress et les stratégies d'adaptation des patients obèses.....	59
1. 3. 2. 1. Définition du stress	60
1. 3. 2. 2. Paramètres influençant la réaction de stress	60
1. 3. 2. 3. Stress et Anxiété.....	60
1. 3. 2. 4. Stratégies d'adaptation au stress des patients obèses.....	61
1. 3. 3. La qualité de vie des personnes obèses.....	62
1. 3. 3. 1. Définition de la qualité de vie	62
1. 3. 3. 2. Impacts des conditions de vie sur les autres dimensions de la qualité de vie	63
1. 3. 3. 3. Conséquences de l'obésité sur la qualité de vie des patients obèses	64
1. 3. 4. L'observance thérapeutique des patients obèses.....	65
1. 3. 4. 1. Définition de l'observance thérapeutique	65
1. 3. 4. 2. Non observance et pathologie chronique	66
1. 3. 4. 3. La non observance des patients obèses est un phénomène complexe.....	67
1. 3. 4. 4. Causes de non observance chez les patients obèses.....	68
<i>1. 4. Modèles de prise en charge des patients obèses et objectifs recherchés</i>	<i>69</i>
1. 4. 1. Notion de chaîne de soins	69
1. 4. 2. Structuration de la prise en charge.....	70
1. 4. 2. 1. Informations sur la nutrition et sur les risques en lien avec l'obésité.....	70
1. 4. 2. 2. Diététique et conseils nutritionnels	70
1. 4. 2. 3. Traitement médicamenteux	71
1. 4. 2. 4. Traitement chirurgical.....	71
1. 4. 2. 5. Prise en charge psychologique.....	72
1. 4. 5. 6. Activités physiques	72
1. 4. 3. Efficacité des traitements.....	73
1. 4. 4. Conditions de la réussite thérapeutique	74
1. 4. 4. 1. Alliance thérapeutique	74
1. 4. 4. 2. Lucidité et réalisme.....	74
1. 4. 4. 3. Renouvellement du rapport au corps – rapport à soi	75
1. 4. 4. 4. Changement de représentations	75

2. PLACE ET ENJEUX DE LA RELATION A SOI CHEZ LA PERSONNE OBESE	76
2. 1. <i>Notion de santé perceptuelle</i>	77
2. 2. <i>Éducabilité de la relation à soi</i>	77
2. 3. <i>Élaboration du concept de la relation à soi</i>	78
2. 4. <i>Le concept de soi</i>	79
2. 4. 1. Le concept de soi : une notion complexe.....	79
2. 4. 2. Le concept de soi : débats et idées	80
2. 4. 3. Le concept de soi : un ensemble d'éléments constitutifs.....	81
2. 5. <i>Le sentiment d'existence</i>	82
2. 5. 1. Emergence de la notion de conscience corporelle	82
2. 5. 2. Le sentiment d'existence corporelle	82
2. 5. 3. Cénesthésie et neurobiologie du Soi	83
2. 6. <i>Manière d'être à soi sur le mode de la perception de soi</i>	84
2. 6. 1. Subjectivité corporelle	84
2. 6. 2. Conscience de soi et manière d'être à soi	84
3. PLACE ET ENJEUX DU CORPS CHEZ LA PERSONNE OBESE	86
3. 1. <i>Résultats de l'analyse du témoignage des patients obèses réalisée dans le service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand</i>	86
3. 1. 1. Sensations corporelles désagréables	87
3. 1. 2. Absence de perception des limites corporelles	87
3. 1. 3. Trouble de l'ancrage corporel	87
3. 1. 4. Insatisfaction corporelle.....	88
3. 1. 5. Absence de relation au corps	88
3. 1. 6. Tentative de contrôle du corps.....	88
3. 2. <i>Résultats de la revue de littérature sur le corps de la personne obèse</i>	89
3. 2. 1. La représentation sociale du corps.....	90
3. 2. 2. L'assimilation de la personne obèse à son apparence.....	91
3. 2. 3. La notion de « délinquance alimentaire ».....	92
3. 2. 4. La défaillance de l'image du corps chez le patient obèse.....	93
3. 2. 5. La notion de « corps étranger ».....	95
3. 3. <i>Les approches corporelles thérapeutiques et éducatives dans l'accompagnement des personnes obèses</i>	96
3. 3. 1. Approches corporelles thérapeutiques existantes	97
3. 3. 1. 1. L'activité physique.....	97
3. 3. 1. 2. L'expression corporelle.....	98
3. 3. 1. 3. L'art thérapie.....	99
3. 3. 2. Approches corporelles éducatives existantes.....	100
3. 3. 2. 1. Le mindfulness.....	100
3. 3. 2. 2. Le Taï Chi Chuan.....	100
3. 3. 2. 3. Le yoga.....	101
3. 3. 2. 4. La thérapie centrée sur la perception des sensations alimentaires	102

3. 4. <i>Pratiques de l'infirmière clinicienne en service de Nutrition Clinique</i>	103
3. 4. 1. Statut d'infirmière clinicienne	103
3. 4. 2. Place de l'infirmière clinicienne en service de Nutrition Clinique.....	104
3. 4. 3. Pratiques spécifiques de l'infirmière clinicienne proposées aux patients obèses	106
3. 4. 3. 1. Relation d'aide à médiation corporelle : groupe 1	107
3. 4. 3. 2. Approche de la relation à soi par la médiation corporelle - Psychopédagogie perceptive : groupe 2111	111
DEUXIEME PARTIE POSTURE EPISTEMOLOGIQUE - DOMAINE DE RECHERCHE - PARCOURS METHODOLOGIQUE	118
CHAPITRE I : ORGANISATION DE LA THESE, DOMAINE DE RECHERCHE ET POSTURE EPISTEMOLOGIQUE	120
1. COMITE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA THESE	120
2. DOMAINE DE RECHERCHE.....	120
3. POSTURE EPISTEMOLOGIQUE	121
CHAPITRE II : PARCOURS METHODOLOGIQUE SUR LE TERRAIN DE LA RECHERCHE EN SERVICE DE NUTRITION CLINIQUE	123
1. PHASE D'OBSERVATION : DECOUVERTE ET DEFINITION DU TERRAIN.....	123
1. 1. <i>Connaissance des acteurs du parcours de soin</i>	124
1. 1. 1. Les infirmières cliniciennes	124
1. 1. 2. Les autres praticiens.....	124
1. 2. <i>Connaissance et description des deux pratiques à médiation corporelle étudiées</i>	125
1. 2. 1. La pratique « 1 » :	125
1. 2. 1. 1. Déroulement d'une séance dite « standard »	125
1. 2. 1. 2. Spécificités de la séance intégrant des problématiques particulières.....	128
1. 2. 2. La pratique « 2 » : psychopédagogie perceptive.....	130
1. 2. 2. 1. Déroulement d'une séance dite « standard »	130
1. 2. 2. 2. Situations de troubles du comportement alimentaire (TCA).....	135
1. 3. <i>Connaissance des patients et de leurs vécus des séances à médiation corporelle</i>	139
1. 3. 1. Les modalités d'orientation des patients vers les accompagnements à médiation corporelle	140
1. 3. 2. Analyse des effets des pratiques à médiation corporelle relevés auparavant empiriquement dans le service	140
2. PHASE D'ENQUETE ET DE COLLECTE DES DONNEES.....	143
2. 1. <i>Synthèse des enjeux de l'étude et construction du protocole</i>	143
2. 2. <i>Protocole d'étude</i>	144
2. 3. <i>Population étudiée, processus de recrutement et critères d'inclusion</i>	145
2. 4. <i>Construction du questionnaire d'enquête</i>	146
2. 4. 1. Méthodologie de construction du questionnaire	148

2. 4. 1. 1. Choix des questionnaires de référence.....	148
2. 4. 1. 2. Procédure de construction du questionnaire de recherche.....	151
2. 4. 2. . Test 1 de fiabilité du questionnaire – public tout venant.....	153
2. 4. 2. 1. Dictionnaire des variables.....	153
2. 4. 2. 2. Présentation générale de l’analyse statistique.....	153
II. 4. 2. 3. Présentation détaillée de l’analyse statistique.....	154
2. 4. 3. Synthèse de la méthodologie de construction du questionnaire.....	157
2. 5. Questionnaire.....	158
2. 6. Test 2 de fiabilité du questionnaire – public de patients obèses.....	166
2. 7. Données annexes au questionnaire de recherche.....	173
2. 7. 1. Annexe au questionnaire à T1.....	173
2. 7. 1. 1. Texte introductif à l’intention des personnels devant fournir les données :.....	173
2. 7. 1. 2. Codage de l’annexe au questionnaire à T1.....	175
2. 7. 2. Annexe au questionnaire à T2.....	176
2. 7. 2. 1. Texte introductif à l’intention des personnels devant fournir les données :.....	176
2. 7. 2. 1. Codage de l’annexe en T2.....	178
2. 8. Administration du questionnaire et collecte des données.....	178

CHAPITRE III : ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES 179

1. ANALYSE QUANTITATIVE DES DONNEES QUALITATIVES.....	179
2. ANALYSE QUALITATIVE DES DONNEES TEXTUELLES : QUESTIONS OUVERTES N° 58 ET 59 DU QUESTIONNAIRE.....	180
2. 1. Organisation du recueil de données textuelles.....	180
2. 2. Méthode d’analyse des données qualitatives.....	180
2. 3. Construction d’une grille classificatoire des données qualitatives.....	180
2. 4. Analyse d’inspiration phénoménologique, groupe par groupe en T1 et T2.....	181
3. DISCUSSION ET CONCLUSION DES RESULTATS DE L’ANALYSE MIXTE ET DES DONNEES D’ENQUETE SUR LA PRATIQUE D’INFIRMIERE CLINICIENNE.....	182

TROISIEME PARTIE ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES 183

CHAPITRE I : ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES QUANTITATIVES.... 184

1. PROFILS DES PATIENTS INCLUS DANS L’ETUDE A T1.....	184
2. RESULTATS STATISTIQUES DE L’ANALYSE PAR CORRELATIONS.....	186
2. 1. Corrélations existantes des scores pour les trois groupes indépendamment du temps :.....	187
2. 1. 1. Qualité de vie liée à la gêne physique (QVGP).....	187
2. 1. 2. Estime de soi (EstS).....	188
2. 1. 3. Perception corporelle (PercCorp).....	188
2. 1. 4. Représentation visuelle du corps perçu (RVCorps_Soi).....	189

2. 1. 5. Représentation visuelle du corps idéal (RVCorps_Ideal).....	190
2. 1. 6. Représentation visuelle du corps tel que perçu par autrui (RVCorps_Autrui).....	190
2. 1. 7. Ecart entre les représentations visuelles du corps perçu et tel que perçu par autrui (RVCorps_SoiAutrui).....	191
2. 1. 8. Ecart entre les représentations visuelles du corps perçu et du corps idéal (RVCorps_SoiIdeal).....	191
2. 1. 9. Conseils de santé et d'hygiène alimentaire (HygAl).....	192
2. 1. 10. Satisfaction corporelle (ISC).....	192
2. 1. 11. Image du corps (ImaC).....	193
2. 1. 12. Comportement alimentaire (CAI).....	193
2. 1. 13. Qualité de vie liée aux loisirs (QVLD).....	194
2. 1. 14. Qualité de vie liée à la famille (QVF).....	194
2. 1. 15. Coping centré sur le problème (CopPb).....	194
2. 1. 16. Coping social (CopSoc).....	194
2. 1. 17. Coping centré sur l'émotion (CopEmo).....	194
2. 1. 18. Synthèse des corrélations pour les patients obèses.....	195
2. 1. 19. Comparaison des corrélations existantes entre les indicateurs de la relation à soi pour les patients obèses et pour un public tout venant.....	196
2. 2. <i>Corrélations existantes entre l'évolution des scores pour les 3 groupes (comparaison T1 et T2).....</i>	<i>198</i>
2. 2. 1. Qualité de vie liée à la gêne physique (QVGP).....	198
2. 2. 2. Estime de soi (EstS).....	199
2. 2. 3. Perception corporelle (PercCorp).....	199
2. 2. 4. Représentation visuelle du corps perçu (RVCorps_Soi).....	200
2. 2. 5. Représentation visuelle du corps idéal (RVCorps_Ideal).....	201
2. 2. 6. Représentation visuelle du corps tel que perçu par autrui (RVCorpss_Autrui).....	201
2. 2. 7. Ecart entre les représentations visuelles du corps perçu et tel que perçu par autrui (RVCorpss_SoiAutrui).....	202
2. 2. 8. Ecart entre les représentations visuelles du corps perçu et du corps idéal (RVCorps_SoiIdeal).....	202
2. 2. 9. Conseils de santé et d'hygiène alimentaire (HygAl).....	202
2. 2. 10. Satisfaction corporelle (ISC).....	203
2. 2. 11. Image du corps (ImaC).....	203
2. 2. 12. Comportement alimentaire (CAI).....	204
2. 2. 13. Qualité de vie liée aux loisirs (QVLD).....	204
2. 2. 14. Qualité de vie liée à la famille (QVF).....	204
2. 2. 15. Coping centré sur le problème (CopPb).....	204
2. 2. 16. Coping social (CopSoc).....	204
2. 2. 17. Coping centré sur l'émotion (CopEmo).....	204
2. 2. 18. Synthèse des corrélations existantes entre l'évolution des scores pour les 3 groupes (comparaison T1 et T2).....	204
3. RESULTATS STATISTIQUES DE L'ANALYSE PAR REGRESSION.....	206
3. 1. Qualité de vie liée à la gêne physique (QVGP).....	206
3. 2. Estime de soi (EstS).....	206
3. 3. Perception corporelle (PercCorp).....	207
3. 4. Représentation visuelle du corps perçu (RVCorps_Soi).....	208

3. 5. Représentation visuelle du corps idéal (RVCorps_Ideal).....	208
3. 6. Représentation visuelle du corps tel que perçu par autrui (RVCorps_Autrui).....	209
3. 7. Ecart entre les représentations visuelles du corps perçu et tel que perçu par autrui (RVCorps_SoiAutrui).....	209
3. 8. Ecart entre les représentations visuelles du corps perçu et du corps idéal (RVCorps_SoiIdeal).....	210
3. 9. Conseils de santé et d'hygiène alimentaire (HygAl).....	211
3. 10. Satisfaction corporelle (ISC).....	212
3. 11. Image du corps (ImaC).....	213
3. 12. Comportement alimentaire (CAI).....	213
3. 13. Qualité de vie liée aux loisirs (QVLD).....	214
3. 14. Qualité de vie liée à la famille (QVF).....	214
3. 15. Coping centré sur le problème (CopPb).....	214
3. 16. Coping social (CopSoc).....	215
3. 17. Coping centré sur l'émotion (CopEmo).....	215
3. 18. Synthèse de l'analyse par régression.....	216
4. RESULTATS DE L'ANALYSE QUANTITATIVE.....	218
<i>4. 1. Premiers résultats sur l'observance et la perte de poids.....</i>	<i>218</i>
<i>4. 2. Résultats des analyses par corrélation et par régression à propos de la pertinence d'introduire une approche de relation d'aide à médiation corporelle dans la prise en charge de la personne obèse.....</i>	<i>219</i>
<i>4. 3. Résultats de l'analyse par régression.....</i>	<i>220</i>
4. 3. 1. La dimension corporelle (étude comparative entre les groupes 1 et 2 et le groupe témoin).....	220
4. 3. 1. Les incidences de la médiation corporelle sur l'estime de soi, l'observance thérapeutique, le comportement alimentaire, les différents coping et la qualité de vie versus loisirs et famille.....	222
<i>4. 4. Synthèse des résultats de l'analyse quantitative et conclusions.....</i>	<i>223</i>
CHAPITRE II : ANALYSE QUALITATIVE.....	224
1. ANALYSE QUALITATIVE D'INSPIRATION PHENOMENOLOGIQUE, GROUPE PAR GROUPE EN T1 ET T2, MISE EN FORME TEXTUELLE, QUESTION N°58.....	224
<i>1. 1. Analyse transversale des données correspondant à la question n°58 pour le groupe 1.....</i>	<i>224</i>
1. 1. 1. Le rapport au corps.....	224
1. 1. 2. Appréciation du suivi et de l'accompagnement.....	225
1. 1. 3. Le coping et les ressources motivationnelles.....	226
1. 1. 4. L'estime de soi.....	226
1. 1. 5. Les états psychiques et émotionnels.....	227
1. 1. 6. Le rapport à la nourriture.....	228
1. 1. 7. Synthèse de l'apport du suivi dans le service de Nutrition Clinique pour les patients du groupe 1 :.....	228
<i>1. 2. Analyse transversale des données correspondant à la question n°58 pour le groupe 2.....</i>	<i>228</i>
1. 2. 1. Le rapport au corps.....	229
1. 2. 2. Appréciation du suivi et de l'accompagnement.....	229

1. 2. 3. Le coping et les ressources motivationnelles.....	230
1. 2. 4. L'estime de soi.....	231
1. 2. 5. Les états psychiques et émotionnels.....	231
1. 2. 6. Le rapport à la nourriture.....	231
1. 2. 7. Synthèse de l'apport du suivi dans le service de Nutrition Clinique pour les patients du groupe 2.....	232
<i>1. 3. Analyse transversale des données correspondant à la question n°58 pour le groupe</i>	
<i>3.....</i>	<i>233</i>
1. 3. 1. Le rapport au corps.....	233
1. 3. 2. Appréciation du suivi et de l'accompagnement.....	233
1. 3. 3. Le coping et les ressources motivationnelles.....	234
1. 3. 4. L'estime de soi.....	234
1. 3. 5. Les états psychiques et émotionnels.....	235
1. 3. 6. Le rapport à la nourriture.....	235
1. 3. 7. Synthèse de l'apport du suivi dans le service de Nutrition Clinique pour les patients du groupe 3.....	236
2. ANALYSE QUALITATIVE D'INSPIRATION PHENOMENOLOGIQUE, GROUPE PAR GROUPE EN T1 ET T2, MISE EN FORME TEXTUELLE, QUESTION N°59.....	236
<i>2. 1. Analyse transversale des données correspondant à la question n°59 pour le groupe</i>	
<i>1.....</i>	<i>236</i>
2. 1. 1. Le rapport au corps.....	236
2. 1. 2. Appréciation du suivi et de l'accompagnement.....	237
2. 1. 3. Le coping et les ressources motivationnelles.....	238
2. 1. 4. L'estime de soi.....	239
2. 1. 5. Les états psychiques et émotionnels.....	240
2. 1. 6. Le rapport à la nourriture.....	241
2. 1. 7. Synthèse de l'apport du suivi à médiation corporelle pour les patients du groupe 1.....	242
<i>2. 2. Analyse transversale des données correspondant à la question n°59 pour le groupe</i>	
<i>2.....</i>	<i>242</i>
2. 2. 1. Le rapport au corps.....	242
2. 2. 2. Appréciation du suivi et de l'accompagnement.....	244
2. 2. 3. Le coping et les ressources motivationnelles.....	244
2. 2. 4. L'estime de soi.....	245
2. 2. 5. Les états psychiques et émotionnels.....	246
2. 2. 6. Le rapport à la nourriture.....	247
2. 2. 7. Synthèse de l'apport du suivi à médiation corporelle pour les patients du groupe 2.....	247
CHAPITRE III : DISCUSSION ET CONCLUSION DES RESULTATS DE L'ANALYSE MIXTE ET DES DONNEES D'ENQUETE SUR LA PRATIQUE DES INFIRMIERES CLINICIENNES.....	248
1. DISCUSSION AUTOUR DE L'ANALYSE PAR CORRELATION.....	248
2. DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS DE L'ANALYSE PAR REGRESSION ET DE L'ANALYSE QUALITATIVE DE L'ETUDE DES DOSSIERS-PATIENTS.....	249

3. DISCUSSION AUTOUR DE LA PERTINENCE DU QUESTIONNAIRE POUR RECUEILLIR DES VECUS EXPERIENTIELS DE LA RELATION A SOI	250
4. DISCUSSION AUTOUR DES RESULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE DES DONNEES TEXTUELLES ET MISE EN CONTRASTE DES DONNEES QUANTITATIVES ET QUALITATIVES....	251
CONCLUSION	256
<i>Retour à la question de recherche.....</i>	<i>256</i>
<i>Retour à la pertinence de la méthodologie mixte.....</i>	<i>259</i>
<i>Retour au champ théorique</i>	<i>260</i>
<i>Limites de la recherche.....</i>	<i>261</i>
<i>Perspectives de la recherche</i>	<i>262</i>
BIBLIOGRAPHIE.....	264

Liste des tableaux, graphiques et diagrammes

Tableau n° 1 : Classification de l'obésité selon l'IMC (WHO, 2015)	16
Graphique n° 1 : Cercle vicieux de l'obésité (Le Guen. 2005)	32
Tableau n° 2 : Hypothèses psychopathologiques de l'obésité (tableau modifié)	56
Graphique n° 2 : Cascade d'effets influençant la qualité de vie	64
Graphique n° 3 : Schématisation du protocole d'évaluation par voie d'enquête auto-administrée de l'effet des pratiques des infirmières cliniciennes : relation d'aide à médiation corporelle sur une population de patients obèses du service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont Ferrand.	144
Graphique n° 4 Test fiabilité du questionnaire par une analyse factorielle – Graphique de qualité de vie et gêne physique	155
Graphique n° 5 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – qualité de vie et gêne physique	166
Graphique n° 6 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – estime de soi	167
Graphique n° 7 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – insatisfaction corporelle	167
Tableau n° 3 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – insatisfaction corporelle	168
Graphique n° 8 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – perception corporelle	169
Graphique n° 9 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – image du corps	169
Graphique n° 10 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – conseils de santé et d'hygiène alimentaire	170
Graphique n° 11 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – comportement alimentaire	170
Graphique n° 12 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – Qualité de vie liée aux loisirs	171
Graphique n° 13 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – Coping social	172
Graphique n° 14 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – coping centré sur l'émotion	172
Graphique n° 15 : Répartition des participants à l'étude en fonction du genre	184
Diagramme n° 1 : Diagramme de corrélations – Patients obèses	195
Diagramme n° 2 : Diagramme de corrélations – Personnes tout-venant	196
Diagramme n° 3 : Diagramme de corrélations – Evolution des scores pour les trois groupes	205
Graphique n° 16 : Analyse par régression - Score de qualité de vie et gêne physique	206
Graphique n° 17 : Analyse par régression - Score d'estime de soi	207
Graphique n° 18 : Analyse par régression - Score de représentation visuelle du corps idéal	209
Graphique n° 19 : Analyse par régression - Score de l'écart entre les représentations visuelles du corps perçu et tel que perçu par autrui	210
Graphique n° 20 : Analyse par régression - Score de l'écart entre les représentations visuelles du corps perçu et du corps idéal	211
Graphique n° 21 : Analyse par régression - Score de conseils de santé et d'hygiène alimentaire	212
Graphique n° 22 : Analyse par régression - Score de qualité de vie liée aux loisirs	214
Graphique n° 23 : Analyse par régression - score de coping centré sur le problème	215
Graphique n° 24 : Analyse par régression - Score de coping centré sur l'émotion	216

<i>Graphique n° 25 : Apports de la médiation corporelle dans la prise en charge du patient souffrant d'obésité</i>	257
<i>Graphique n° 26 : Synthèse de la méthodologie utilisée</i>	259

Liste des abréviations et des symboles

ALFEDIAM	Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies métaboliques
AFERO	Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité
CERAP	Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées en Psychopédagogie Perceptive
GROS	Groupe de Réflexion sur Obésité et Surpoids
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SNDLF	Société de Nutrition et de Diététique de Langue Française
SSE	Statut Socio-Economique
TCA	Trouble des Conduites Alimentaires
WHO	World Health Organization

Abréviations propres au dictionnaire des variables

CAI	Le comportement alimentaire
CopEmo	Coping centré sur l'émotion
CopPb	Coping centré sur le problème
CopSoc	Coping social
EstS	L'estime de soi
HygAl	Les conseils de santé et d'hygiène alimentaire
QVF	La qualité de vie en lien avec la famille
QVGP	La qualité de vie et gêne physique
QVLD	La qualité de vie en lien avec les loisirs
PercCorp	La perception corporelle
RVCorps_Soi	La représentation visuelle de son propre corps
RVCorps_Ideal	La représentation visuelle du corps idéal
RVCorps_Autruï	La représentation visuelle de mon corps tel que perçu par autrui
RVCorps_SoiAutruï	L'écart entre la représentation visuelle de son propre corps et de tel qu'il est perçu par autrui
RVCorps_SoiIdeal	L'écart entre la représentation visuelle de son propre corps et du corps idéal
RVCorps_IdealAutruï	L'écart entre la représentation visuelle du corps idéal et de son corps tel que perçu par autrui

Avertissement

Lorsque j'ai utilisé des citations de textes écrits en anglais ou en portugais, j'ai fait le choix de les laisser dans le texte. J'en ai assuré moi-même la traduction et fait relire par des amies cette traduction. Nous l'avons fait avec le plus de précision possible, en essayant de respecter au maximum les propos de l'auteur, et en adaptant parfois certaines tournures de phrase au français. La traduction en français est insérée en note de bas de page.

:

Introduction

Cette recherche est née d'une dynamique collective entre deux infirmières cliniciennes, un médecin-enseignant-chercheur, travaillants dans le service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand et moi-même¹, doctorante en Sciences Sociales. Ce service de Nutrition Clinique propose aux patients en obésité sévère et massive des approches novatrices dans le domaine de la prise en charge de l'obésité : la relation d'aide à médiation corporelle, dispensées par les infirmières cliniciennes.

La première étape de cette recherche a été faite de plusieurs mois d'observation de la pratique des infirmières cliniciennes et de réflexion. Ce temps d'observation nous a permis d'élaborer le questionnement et la problématique de cette recherche ainsi que ses objectifs, ses moyens d'étude et son ambition scientifique. Nous avons fait le choix de nous inscrire dans une enquête observationnelle en santé, afin de ne pas modifier le parcours de soin du patient.

La relation d'aide à médiation corporelle s'adresse à la personne obèse dans son vécu singulier, elle propose de mettre le corps et le rapport au corps au centre de l'action thérapeutique et vise à réguler des problématiques de "relation à soi" du patient obèse, via le développement du rapport au corps.

Place du vécu singulier des patients obèses

L'obésité est un problème mondial, une *épidémie mondiale* (OMS, 1998, CNRS, 2004, Le Guen, 2005, INSERM, 2006, 2012). Les gouvernements des différents états sont mobilisés et déploient des stratégies adaptées à leur environnement. En France, de nombreux rapports, plans et recommandations ont vu le jour depuis plusieurs années (GROS, 2006, Basdevant, 2009, de Danne, 2009, CAS, 2010, Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, 2011a et 2011b, HAS, 2011, INSERM, 2012).

¹ Dans ce document, quand j'utiliserai le « Nous », il s'agira de rendre compte des choix que nous avons fait pour cette recherche de manière commune, avec ces trois personnes.

L'obésité est une pathologie complexe, à causes multiples et aux conséquences graves pour la santé (Bout, 2011) mais c'est aussi l'histoire d'une personne qui souffre (Charmillot M. et al., 2011, Grangeard, 2012). De nombreuses études questionnent l'obésité sur un plan biomédical (Dargent, 2010, Bout, 2011) quelques études abordent la personne obèse du point de vue de son expérience (Charmillot et al., 2011), de ses représentations (Muzio, 2000, Barthassat et al., 2008), des aspects sociaux, (Rousseau et al., 2003, Poulain, 2012). Cette recherche n'a pas pour objet d'étudier les effets des pratiques proposées sur le métabolisme ou sur la perte de poids. L'obésité est étudiée sous l'angle des Sciences Sociales, c'est-à-dire en prenant en compte la personne souffrant d'obésité et son vécu corporel singulier.

Pertinence à proposer une pratique à médiation corporelle

Le corps de la personne obèse est entrevu de différentes manières dans la littérature :

- le corps "social" rejeté (Apfeldorfer, 2008),
- le corps "représentation de soi" honteux (Apfeldorfer, 2009)
- la relation au corps "figée" ou "inexistante" (Benkemoun, 2013).

Ce corps mal aimé devient une personne mal aimée, une personne en souffrance (Apfeldorfer, 2008).

Dans notre étude, le corps en souffrance est entrevu du point de vue du témoignage du vécu des patients. En effet, lors de la phase d'observation et de réflexion préalable à cette recherche, nous avons pu circonscrire les principaux troubles du rapport au corps tels qu'ils sont décrits par les patients (du service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand) et retranscrits par les soignants. Ces troubles sont formulés avant toute prise en charge à médiation corporelle.

Nous avons réalisé une classification provisoire de ces différents troubles qui permet un premier niveau de compréhension de la place du corps vécu et de la singularité des vécus chez les patients obèses. Nous avons relevé six catégories de troubles du rapport au corps : des sensations corporelles désagréables, une absence de perception des limites corporelles, un trouble de l'ancrage corporel, une insatisfaction corporelle, une absence de relation au corps et une tentative de contrôle du corps.

L'identification de ces différents troubles, présents dans la littérature et dans le témoignage des patients fréquentant le service de Nutrition Clinique, nous donne accès à une meilleure connaissance des problématiques liées au rapport au corps chez la personne obèses.

Dans leur étude, Appart et al. (2007) médecins chercheurs à Bouge (Belgique), préconisent un travail corporel de “réappropriation de son corps et de soi” afin d’obtenir des effets thérapeutiques durables chez les patients obèses: « *Pour pouvoir maigrir valablement, il doit se réapproprier une nouvelle image de soi, une nouvelle image du corps. (...) il faut que l’obèse habite pleinement son corps, qu’il y ait reconnaissance de son corps par un double mouvement de réappropriation du regard de l’autre et de son propre regard sur soi.* » (p. 156).

Ces constats confirment la pertinence d’étudier la place de pratiques à médiation corporelle dans la prise en charge de l’obésité. La médiation corporelle, telle que nous la définissons dans cette recherche, est une médiation spécifique ciblée sur les problématiques et enjeux de la relation au corps et à soi du patient obèse.

Perception comme voie d’accès à la connaissance de soi du patient obèse

Les pratiques de relation d’aide à médiation corporelle sollicitent le corps par le média de la perception corporelle. Le corps devient un lieu de développement de la perception de soi et ainsi de la connaissance de soi.

Il s’agit de pratiques corporelles : intériorisées (relaxation, toucher de relation, ...) visant l’enrichissement perceptif corporel, différenciées selon la nature du trouble du rapport au corps identifié, adaptées aux besoins des patients selon les critères de la relation d’aide, qualité d’écoute, non jugement, valeur inconditionnelle du sujet.

Nous étudierons les apports de ces pratiques corporelles intériorisées sur le rapport au corps, et à soi des patients obèses.

Plan de la thèse

Après cette introduction, nous présentons la problématique de cette recherche en lien avec les troubles de la relation à soi et du rapport au corps de la personne souffrant d’obésité. Nous abordons, ensuite le champ théorique qui se décline en trois temps. Le premier temps est un état des lieux de la notion d’obésité : définition, épidémie mondiale, maladie, psychisme et problématiques de vie. Le second temps pose la question de la place et des enjeux de la relation à soi chez la personne obèse. Le troisième temps s’adresse au rapport au corps : troubles, place et enjeux, de la personne souffrant d’obésité.

Nous présentons, dans la deuxième partie, la posture épistémologique, le domaine de recherche et le parcours méthodologique de cette recherche doctorale. Nous nous situons dans une enquête observationnelle en santé et ainsi nous avons comme contrainte de ne pas modifier le parcours de soin du patient. Pour mener à bien cette recherche, nous réalisons une recherche mixte, comprenant un questionnaire et deux questions ouvertes. Le questionnaire interroge les indicateurs de l'estime de soi, de l'image corporelle, des stratégies d'adaptation au stress, de l'observance thérapeutique et du rapport au corps, il est proposé à trois groupes de patients, deux groupes bénéficiant de la pratique d'infirmière clinicienne et un groupe témoin. Il sera proposé à quatre-vingt treize patients, en deux temps et à six mois d'intervalle. Ce questionnaire se termine par deux questions ouvertes qui nous donnent accès à la parole spontanée du patient en lien avec sa prise en charge dans le service de Nutrition Clinique.

Puis, dans la troisième partie, nous présentons les analyses et les interprétations des résultats à partir des tests statistiques par corrélation et par régression, ainsi que les analyses et interprétations des données textuelles issues des deux questions ouvertes. Nous prendrons le temps de mettre en lien les données théoriques et les apports de cette thèse dans une discussion finale qui ouvrira vers des perspectives de recherche dans le domaine des pratiques à médiation corporelle appliquée à une population de personnes souffrant d'obésité.

PREMIERE PARTIE

CHAMP THEORIQUE

Chapitre I : Problématique

1. Pertinence personnelle

Ma recherche sur la place du corps et la prise en charge de la personne obèse s'inscrit totalement dans mon parcours personnel.

Après mes études de kinésithérapie, j'ai débuté mon activité professionnelle auprès d'un public de jeunes patients, enfants infirmes moteurs cérébraux, myopathes et/ou polyhandicapés. J'avais une attention et un questionnement tout particuliers posés sur le rapport que ces enfants ont avec leur corps. J'apprenais rapidement à leur contact que le corps est porteur du sentiment identitaire ou du sentiment de soi et que l'intégrité physique joue un rôle important dans le développement de la personnalité et le rapport à soi.

En effet, j'ai pu constater qu'un enfant qui se développe avec une pathologie motrice grave, développe aussi un rapport à lui-même et aux autres tout à fait particulier. Ceci est d'autant plus important s'il ne parvient pas à développer le langage verbal comme outil de communication et s'il est dans une dépendance physique. Cela crée inévitablement une manière d'être à soi comme « fracturée » et une manière d'être aux autres presque « soumise », sans pouvoir exprimer précisément ses attentes, besoins, désirs et pensées et avec un élément manquant à la construction identitaire : l'autonomie.

Plus tard, je me questionnais sur le rapport au corps chez les personnes souffrant de maladies chroniques, j'ai souvent entendu ces patients exprimer un rejet du corps : *il me trahit, il me dégoûte, il me gêne, je ne sais pas pourquoi il ne m'obéit plus*, ... et cela continue à maintenir un questionnement fondamental pour moi : comment peut-on vivre en désunion totale avec son corps ? Quels sont les effets de cette désunion sur le corps lui-même, sur le psychisme et sur la personne dans toutes ses dimensions ?

Mes formations en fasciathérapie puis en somato-psychopédagogie² m'ont permis d'accéder à des éléments de réponse. Je découvrais le corps comme réceptacle d'un sentiment identitaire porté par le rapport au Sensible. J'apprenais à poser mon attention sur la vie interne perçue et vécue, à rencontrer les paramètres du mouvement interne et ses effets sur le rapport au corps, à soi et à son identité.

² Pour plus de renseignements sur ces pratiques, consultez le site du CERAP : www.cerap.org

J'apprenais aussi que, par le toucher de relation ou toute autre pratique du Sensible, il est possible de retrouver cette union entre la personne et son corps, d'abolir la distance que la personne met avec elle-même et de retrouver une sérénité dans le rapport au soi et à sa vie.

A partir de ces découvertes expérimentées, j'ai eu envie de soumettre ma pratique à la recherche et me suis engagée dans un Master de recherche en Sciences Sociales option Psychopédagogie Perceptive dont le thème questionnait le renouvellement du rapport à soi à partir des pratiques du Sensible. Cette étude m'a apporté un éclairage sur les liens forts qui existent entre le rapport au corps, le rapport à soi et le rapport aux autres.

Forte de ces acquis d'expérience et de recherche, je décidais de m'engager dans une recherche doctorale. Pour définir mon thème de recherche, j'ai eu envie de m'intéresser à une population spécifique. Ayant dans ma patientèle des personnes obèses, qui m'étaient adressées par le service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand, et me questionnant depuis plusieurs années sur la place du corps et du renouvellement du rapport au corps chez ces personnes, c'est tout naturellement que je me suis tournée vers le CHU afin de proposer ma recherche doctorale. J'avais le projet de mieux comprendre les enjeux du corps chez ces patients, les enjeux et effets des pratiques à médiation corporelle, notamment sur l'estime de soi, l'image du corps, le rapport à la nourriture et au poids.

J'ai ainsi fait cette proposition à M.C. Fedor, infirmière clinicienne dans le service de Nutrition Clinique, qui propose aux patients obèses des soins basés sur les pratiques de la psychopédagogie perceptive. Elle a accueilli ma proposition avec beaucoup d'intérêt et d'enthousiasme et m'a rapidement permis de rencontrer le chef de service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand, le Pr Y. Boirie, pour lui proposer de réaliser ma recherche doctorale dans son service.

J'ai été accueillie avec enthousiasme par le Pr Y. Boirie qui souhaitait mettre en place des recherches et publier sur les pratiques corporelles novatrices proposées aux patients obèses dans son service. Il m'expliquait les apports perçus par toute l'équipe de ces approches sur les patients obèses et m'a rapidement donné son accord et son soutien pour mener ma recherche sur les pratiques novatrices développées dans son service par les infirmières cliniciennes : les pratiques de relation d'aide à médiation corporelle.

2. Pertinence professionnelle et sociale

J'ai suivi des patients obèses en cabinet libéral depuis plusieurs années et j'ai pu observer empiriquement que la psychopédagogie perceptive a une action sur la manière dont les personnes vivent leur obésité. Il est clair que j'ai observé un changement dans le rapport au corps des patients obèses que j'ai accompagnés : moins de rejet, moins de dégoût et aussi moins de plaintes corporelles. Les patients obèses confient notamment leur désir de changement de regard par rapport au poids, même si mon travail n'est pas axé sur la perte de poids. J'ai aussi observé que ces patients sont « difficiles » à accompagner, les motivations sont fluctuantes, l'observance est modérée et la mésestime de soi influence considérablement la prise en charge. Par cette thèse, j'ai souhaité mieux connaître et comprendre ses phénomènes et leurs fluctuations, afin d'aller vers un accompagnement plus efficace pour ces personnes en grande souffrance.

Cette recherche ne répond pas seulement à des questionnements personnels et professionnels propres, elle peut aussi apporter des éléments de connaissance et de réponse aux professionnels de la santé, aux professionnels de l'obésité et aux professionnels des pratiques à médiation corporelle.

- **Pour les infirmiers cliniciens**

J'ai choisi ces professionnels de santé car c'est ce corps de métier que je sollicite dans ma thèse. Cette recherche s'inscrit totalement dans le champ de référence des infirmières et des infirmières cliniciennes qui est présenté par L. Jovic (1993) : « *pour ce qui concerne les soins infirmiers, la référence du champ d'exercice est le soin au patient et non la maladie, mais elle obéit aux mêmes règles.* » (p. 18), c'est-à-dire des pratiques centrées sur le patient, et aussi dans une des préoccupations majeures de toute infirmière, comme nous le rappelle W. Hesbeen, à savoir le bien-être du patient : « *L'art du soignant, que l'on peut aussi appeler l'art du thérapeute, est celui qui vient en aide à une personne pour contribuer à son bien-être, à sa santé. Il est donc plus large que celui qui vise à guérir* » (1997, p. 96). Par cette thèse, nous tentons d'améliorer la connaissance des pratiques des infirmières, leurs enjeux et leurs apports sur les troubles du rapport au corps et à soi du patient obèse et par voie de conséquence sur son bien-être.

- **Pour les praticiens en pratiques à médiation corporelle**

Cette recherche s'inscrit dans le champ des pratiques à médiation corporelle telle que le décrit E. Ferragut : « *Elles (les techniques corporelles) inscrivent la médiation corporelle dans une conception d'ensemble de l'organisation et du fonctionnement somatopsychique fondée sur le lien psyché-soma, son altération dans le trouble ou la maladie, sa restauration dans la thérapie.* » (2008, p. 21). Notre étude tente à la fois d'identifier un certain nombre de troubles du rapport au corps mais aussi d'observer comment ces troubles influencent la personne dans son entièreté, dans son unité corps-psychisme, dans son estime de soi, dans ses stratégies d'adaptation au stress. Elle trouve sa pertinence, pour les praticiens à médiation corporelle, dans son public ciblé des patients obèses (public peu soumis à des recherches dans ce domaine) et dans son souci d'évaluer quels sont les paramètres de la relation à soi pouvant être restaurés par la médiation corporelle.

- **Pour les praticiens auprès du patient obèse**

En prenant appui sur les propos du Pr Y. Boirie : « *Très souvent, les patients obèses se questionnent sur leur possible vie sans l'obésité : "comment vais-je ré-inventer ma vie si je n'ai plus mon obésité ? C'est mon identité."*. Les échecs de la chirurgie sont là, il faut permettre au patient obèse de découvrir de nouvelles capacités, de nouvelles connaissances de soi et potentialités, il y a un changement de rapport à opérer. » (littérature grise, 2013), cette recherche s'adresse à toute personne œuvrant auprès d'un public de patients obèses. En effet, un des enjeux de la prise en charge du patient obèse est de lui permettre d'accéder à un changement de rapport à lui-même, à son corps et à son obésité. Notre étude tente d'apporter une contribution dans ce domaine, par l'observation et l'analyse des pratiques proposées en service de Nutrition Clinique.

Par son objet d'étude, notre recherche se situe dans la lignée des fondateurs du GROS (Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids) : « *Comment comprendre alors, que nous ayons tant progressé dans la compréhension de l'obésité et si peu évolué dans nos pratiques, au point que nous ayons encore à prescrire une médecine de l'Antiquité ?* » (Zermati et al. 2010, p. 11). Les auteurs font ici référence à la posologie prescrite par un médecin célèbre de l'an 162 : « *Pratiquer soixante minutes de marche rapide et manger moins gras, moins sucré et consommer des fruits et des légumes à volonté, au moins cinq fois par jour.* » (*Ibid.*, p. 10). Sans aller jusqu'à dire que les traitements proposés actuellement et soumis aux recommandations de la HAS se limitent à cela, cette enquête observationnelle en santé tente

d'apporter une contribution dans le champ des approches à médiation corporelle et de leurs apports dans la prise en charge de l'obésité. Nous étudions des pratiques existantes qui ont montré leur efficacité clinique sur le bien-être des patients obèses, les praticiens du service « savent que ça marche ». La pertinence de cette recherche est de soumettre à la rigueur scientifique ces effets perçus des pratiques proposées aux patients.

3. Pertinence scientifique

Sur le plan scientifique, cette thèse tente d'apporter une contribution dans le domaine de la recherche en Sciences sociales chez le patient obèse, domaine peu étudié jusqu'alors.

En effet, le rapport de l'INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (2006) fait un état des lieux de la recherche sur l'obésité. Il présente notamment l'étude ISI, étude bibliométrique mondiale sur l'obésité de 1991 à 2000. Cette dernière porte sur un nombre très important d'articles (19 961) identifiant plus de 42 000 auteurs avec une large participation internationale (134 pays), elle fournit un classement par pays et nombre de citations. Deux études françaises publiées dans Nature font partie des 24 articles les plus cités dans le monde. Cette étude permet de situer la France parmi les pays européens. La France est en deuxième position derrière la Grande Bretagne et en cinquième position dans le monde. Parmi les différents sujets d'étude en Nutrition, la thématique de l'obésité occupe 14,7%. Ce rapport stipule que les recherches en sciences humaines et sociales, bien qu'intéressantes, sont peu retenues.

Les travaux de B. Bout (2011) portant sur l'état de la recherche actuelle en matière d'obésité présentent l'évolution de la connaissance de la maladie grâce aux déterminants génétiques, biologiques, déterminants liés à la natalité et à la périnatalité et à des facteurs individuels. Elle décrit ainsi une « *maladie polyfactorielle chronique difficilement réversible* » (p. 2). Ces travaux mettent en évidence la progression de la maladie dans le monde et les conséquences graves de celle-ci sur la santé comme le cancer, le diabète, les maladies cardio-vasculaires et la stéatose hépatique. Elle présente ensuite les apports de la recherche sur le plan de la prévention et des voies de recherche prometteuses pour freiner le développement de l'obésité comme « *activer le tissu adipeux brun³ (...) étudier le microbiote intestinal (...), assurer une nutrition précoce qui n'encourage pas l'obésité* » (p.3-4). Elle invite aussi les chercheurs à étudier comment retarder ou pallier les conséquences de l'obésité et progresser dans la

³ Le tissu adipeux brun est une variété de tissu adipeux qui joue un rôle de régulateur de la prise de poids, les études cherchent comment activer ce tissu, comment transformer le tissu adipeux rongeur et blanc en tissu adipeux brun.

connaissance des phénomènes épigénétiques. Cette sénatrice, dans son rapport, insiste sur la nécessité de mettre en cohérence les différentes recherches sur l'obésité et élargir celles-ci notamment aux recherches cliniques. Elle propose de mettre en lien les recherches sur l'obésité et les recherches sur les personnes obèses.

La plupart des études réalisées sur les patients obèses depuis une vingtaine d'années, s'adressent à « *des programmes centrés sur la perte de poids* » (Charmillot et al., 2011,p. 686). Dans notre recherche, nous n'avons pas ce projet d'évaluer des pratiques centrées sur la perte de poids, nous nous inscrivons dans la filiation des travaux et des propositions de D. Houssin et P. Glorieux (2011) sur l'amélioration de la qualité de vie des patients souffrant de maladie chronique : « *La qualité de vie des patients est devenue une priorité au niveau national (plan stratégique d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladie chronique publié en 2007) et international (priorité pour l'Organisation Mondiale de la Santé) (...) la recherche en qualité de vie des patients est un thème de recherche particulièrement pertinent* » (p.6).

Malgré le très grand nombre de recherches sur l'obésité, ses causes, ses problématiques, ses effets sur le corps biologique et le grand nombre d'études dénonçant les problématiques en lien avec la relation à soi des patients obèses, très peu d'études questionnent l'efficacité de pratiques sur ces aspects subjectifs de la problématique de l'obésité. Notre recherche trouve sa pertinence ici, dans l'étude des effets de pratiques sur les paramètres subjectifs de la relation à soi du patient obèse. Pour se faire, nous allons questionner les items du rapport au corps, de l'estime de soi, des stratégies d'adaptation au stress et de l'observance notamment. Notre recherche trouve aussi sa pertinence dans ses objectifs rarement étudiés :

- L'amélioration de la connaissance des troubles du rapport au corps du patient obèse et ses incidences,
- La place de pratiques à médiation corporelle chez les patients obèses.

Nous avons bien conscience qu'il sera difficile d'évaluer l'efficacité de ces pratiques comme les autres traitements des patients obèses. C. Simon (2008) expose ce phénomène, elle décrit avec franchise que l'efficacité des traitements est difficile à évaluer car les travaux de longue durée sont rares et que les protocoles ont souvent une efficacité majorée en début de prise en charge. Elle prend l'exemple des protocole diététiques : « *Les protocoles purement diététiques donnent souvent de bons résultats au cours des premiers mois, mais apparaissent décevants au delà de 6 mois.* » (p.145) puis de l'activité physique : « *L'activité physique ne peut être utilisée comme seul moyen thérapeutique pour lutter contre l'obésité. Les résultats observés*

sont modestes : la perte de poids est souvent bien inférieure aux prévisions théoriques (...) en revanche, c'est un facteur pronostique le plus important au cours de la phase de maintien pondéral. » (p. 145).

Notre recherche trouve aussi sa pertinence scientifique dans la création d'un questionnaire reprenant différents paramètres de la relation à soi. Il associe des propositions sur la qualité de vie, les stratégies d'adaptation au stress, l'estime de soi, le rapport au corps, l'observance des conseils de santé et le comportement alimentaire. Ce questionnaire a été construit à partir de questionnaires validés et a été soumis à des tests statistiques avant d'être proposés aux patients obèses.

4. Question de recherche et objectifs

4. 1. Question de recherche

Ma question de recherche s'est précisée progressivement en fonction de l'observation que je faisais du service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand. Nous avons, tout d'abord, choisi d'étudier les pratiques proposées dans le service et le processus qu'elles déclenchent. Une première formulation de la question de recherche était : en quoi et comment les pratiques corporelles participent-elles à la prise en charge de la personne souffrant d'obésité ?

Puis, grâce aux temps de partage et de réflexion avec les professionnels du service, et notamment les infirmières cliniciennes proposant la médiation corporelle, nous avons pris la mesure de la pertinence de "prouver" une certaine forme d'efficacité de ces approches avant d'en expliquer le processus. Il ne nous intéressait pas de montrer l'efficacité des pratiques sur la perte de poids du patient mais nous étions interpellées sur les effets de ses pratiques sur le rapport du patient à lui-même dans ses dimensions perceptives, psychiques, émotionnelles et comportementales et sur la prise en charge multidisciplinaire. Nous avons donc choisi d'étudier :

« Quels sont les apports de deux pratiques à médiation corporelle, réalisées par des infirmières cliniciennes, sur la relation à soi des patients obèses suivis au sein du service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand ? ».

4. 2. Objectifs de la recherche

Il nous semble important d'identifier et d'évaluer les apports des deux pratiques d'infirmière clinicienne sur la relation à soi du patient obèse et au sein dans la prise en charge multidisciplinaire proposée en service de Nutrition Clinique. Cela nous permettra de mieux comprendre la pertinence d'introduire ces approches de relation d'aide à médiation corporelle, pratiquée par les infirmières cliniciennes, dans la prise en charge du patient obèse suivi en service de Nutrition Clinique.

Le terme "relation à soi" est employé dans cette recherche comme un terme générique qui englobe un ensemble d'indicateurs qui comprend l'estime de soi, l'image du corps, la représentation du corps et le concept de soi entraînant dans son sillage le sentiment de soi organique. Le point commun entre tous ces indicateurs est la dimension corporelle justifiant la pertinence de proposer des approches à médiation corporelle pour avoir un impact sur la personne souffrant d'obésité. Par ailleurs, nous avons étendu la notion de "relation à soi" à des satellites de la relation comme les conduites alimentaires, les stratégies d'adaptation au stress et la qualité de vie.

Il convient donc d'identifier la pratique de ces praticiennes et d'évaluer les impacts sur tous les indicateurs de la relation à soi. Pour toutes ces raisons, les objectifs de la recherche se déclinent de la manière suivante.

- Améliorer la connaissance de la pratique de l'infirmière clinicienne dans la prise en charge de la personne obèse, suivie en service de Nutrition Clinique
- Identifier les caractéristiques de chacune des pratiques d'infirmière clinicienne afin de mieux comprendre les intérêts de chacune d'elle et ainsi d'améliorer la prise en charge des patients
- Spécifier les apports des pratiques de relation d'aide à médiation corporelle, des infirmières cliniciennes, sur la relation à soi et dans la prise en charge des patients obèses, suivis en service de Nutrition Clinique

Chapitre II : Champ théorique

Organisation générale du champ théorique

En revisitant la question de recherche : « *Quels sont les apports de deux pratiques à médiation corporelle, réalisées par des infirmières cliniciennes, sur la relation à soi des patients obèses suivis au sein du service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand ?* », nous dégageons trois masses critiques.

La première concerne la question de l'obésité, pour laquelle nous avons réalisé un état des lieux de la connaissance actuelle dans ce domaine. La seconde développe le concept de la relation à soi dans toutes ses dimensions dans la mesure où son évolution est susceptible d'influencer l'estime de soi, l'adaptation au stress, la qualité de vie et l'observance thérapeutique. La troisième concerne la dimension corporelle dans l'accompagnement des personnes obèses et notamment la place et les enjeux du corps chez la personne obèse.

1. Etat des lieux de la notion d'obésité

Dans ce chapitre, nous abordons l'obésité en tant que problématique mondiale, mobilisant tous les Etats. Puis, nous étudions les différentes évolutions et problématiques en cause dans cette épidémie de l'obésité, les problématiques de vie rencontrées par les personnes obèses. Et enfin, nous présentons les modèles de prise en charge existants en France et leurs objectifs.

1. 1. Problématique de l'obésité en France et dans le monde

Dans ce chapitre, nous présentons l'obésité dans sa définition en référence à l'OMS et au calcul de l'IMC : Indice de Masse Corporelle. Puis, nous présentons l'obésité dans le monde, avec quelques chiffres inquiétants, l' "épidémie" est déclarée. Et enfin, nous tentons de faire un état de lieux des différentes recommandations préventives et curatives pour palier à cette épidémie.

1. 1. 1. Définition de l'obésité

L'obésité est définie par l'OMS comme « *une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui représente un risque pour la santé* » (OMS, 2015) et se calcule, préférentiellement, selon l'IMC. Selon l'OMS (2015) : « *L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m².* ». Cette mesure est classiquement utilisée, même si elle est parfois contestée, elle a des limites et des conséquences. Cet outil de mesure a été créé pour être avant tout un indicateur statistique comme le rappelle de Saint Pol (2013) : « *cet indice visait avant tout à être un indicateur statistique pour comparer le surpoids et l'obésité sur de vastes populations* » (p. 20). Dans ce cadre, de nombreux paramètres ne sont pas considérés comme la différence de masse grasse et de masse musculaire ou les variations homme-femme ou encore l'âge de la personne. Le calcul de l'IMC comme outil de diagnostic du surpoids ou de l'obésité pour un individu est ainsi à utiliser avec précaution.

Historique de l'IMC : mesure quantitative de la « maladie » - rôle des compagnies d'assurance

A. Basdevant (2008), médecin spécialisé dans le traitement de l'obésité en France et régulièrement consulté par les instances gouvernementales décrit l'histoire de l'IMC. Nous prenons appui sur ses travaux pour mieux comprendre le rôle et la place de l'IMC dans la reconnaissance de la maladie "obésité".

L'IMC est un calcul qui est apparu au début du XIX^e siècle, A. Quetelet avait en charge de calculer les caractéristiques de ses conscrits et a ainsi créé l'IMC. Ce n'est que dans les années 1950-1960 que ce calcul prit toute sa valeur et ce, sous l'impulsion des compagnies d'assurance. A. Basdevant (2008) décrit : « *Cette approche quantitative de la maladie connaîtra son plein essor dans les années 1950-1960, par la définition des facteurs de risque dont les compagnies d'assurance ont besoin pour fixer les niveaux de prime.* » (p. 58). En effet, ces compagnies ont besoin de fixer des normes de référence pour calculer leurs propres taux de cotisation et de remboursement. Ce calcul de rapport poids-taille élaboré par A. Quetelet devient progressivement la référence et se mondialise.

La première compagnie à délimiter les normes d'IMC est une compagnie américaine, considérant que les dépenses de santé des personnes sont en lien avec ce rapport poids-taille : une personne avec un IMC élevé aura des dépenses de santé plus élevées qu'une personne

avec un IMC inférieur. « *C'est à la Metropolitan Life Insurance Company que l'on doit la définition des seuils d'IMC exposant à des dépenses accrues* » (Ibid., p. 58).

Deux premiers repères sont donnés, ils concernent l'obésité et l'obésité sévère : « *l'obésité se définit par un IMC > 30 et l'obésité sévère par un IMC > 40.* » (Ibid., p. 58). Ceux-ci sont repris par les gouvernements et qui deviennent la norme internationale de l'obésité, ils en déterminent même les contours : « *La perspective médico-économique, celle de l'assurance, est à l'origine même de la définition de l'obésité en santé publique.* » (Ibid., p. 58).

Si Hippocrate définissait l'obésité comme un « *risque accru de mort subite* » (Ibid., p. 58), nous voyons bien l'évolution de cette définition vers la notion de « *risque pour la santé* » (OMS, 2015) qui suppose une norme de santé et qui s'éloigne de la notion de mort imminente. Ainsi, la notion de « *poids idéal* », qui sous entend « *poids de santé* », apparaît et fixe l'obésité dans des limites quantitatives : « *c'est à l'approche positiviste de l'état pathologique en tant que dégradation d'un état parfait (dont on ne peut définir la norme) que l'on doit la notion de "poids idéal" et donc d'obésité.* » (Ibid., p. 58).

Actuellement, d'autres normes sont fixées, elles sont au nombre de sept et « *rangent* » les personnes dans des catégories quantifiables : insuffisance pondérale, normal, surpoids, obésité selon trois classes comme dans le tableau suivant :

Tableau n° 1 : Classification de l'obésité selon l'IMC (WHO, 2015)

Classification en fonction de l'indice de masse corporelle	
Insuffisance pondérale	< 18.5
Éventail normal	18.5 - 24.9
Surpoids	≥ 25.0
Préobésité	25.0 - 29.9
Obésité	≥ 30.0
Obésité, classe I	30.0 - 34.9
Obésité, classe II	35.0 - 39.9
Obésité, classe III	≥ 40.0

Ces normes ont évolué en 1998, pour la France comme pour les Etats Unis, J.P. Corbeau le décrit :

« (...) depuis 1998, la France a déplacé le curseur de l'indice de masse corporelle, en suivant l'exemple des Etats-Unis, d'une classe de « *poids normal* » s'étendant de 20,0 à 27,6 kg/m² pour les hommes et de 20,0 à 27,3 kg/m² pour les

femmes, passe à 25,0 kg/m² sans distinction de sexe, d'âge, ni de type anthropologique. » (2014, p.276).

Nous voyons ici l'évolution de l'IMC, il ne prend plus en compte les paramètres "humains" et devient un simple nombre que l'on calcule, égal pour toutes les personnes. J.P. Corbeau n'hésite pas à ironiser sur ce changement arbitraire de curseur en écrivant : « *On se couche bien portant et on se réveille malade.* » (*Ibid.*, p.276), et c'est ainsi qu'en une nuit, quelques trente cinq millions d'Américains sont devenus en surpoids.

Notons que le calcul de l'IMC et ses normes construites par le biais des statistiques et des compagnies d'assurance ne tiennent pas compte de l'individu en tant qu'être unique. Ils considèrent de la même manière une femme qui mesure 1,46m et 66 kg et un homme (ou une femme) qui mesure 1,92m et 129 kg.

1. 1. 2. Quelques chiffres marquant la présence de l'obésité dans le monde

Comme nous venons de le voir, l'OMS (2015) définit le surpoids comme un IMC égal ou supérieur à 25 et l'obésité comme un IMC égal ou supérieur à 30. A partir de ce calcul, l'OMS (2015) annonce les chiffres mondiaux de l'obésité et du surpoids : « *en 2014, 1,9 milliards d'adultes (18 ans et plus) sont en surpoids et 600 millions sont obèses, ce qui signifie que globalement 39% de la population mondiale adulte est en surpoids et 13% est obèse.* ». L'OMS attire aussi notre attention sur le fait que la prévalence de l'obésité mondiale a plus que doublé entre 1980 et 2014. Elle ne précise pas ici les changements opérés en 1998 sur les normes d'obésité citées précédemment.

En 1998, l'OMS présente l'obésité comme une épidémie : « *L'obésité (...) fut déclarée "première épidémie non infectieuse de l'histoire de l'humanité"* (OMS, 1998). » (Adt, 2011, p. 17). C'est aussi la première épidémie mondiale qui ne soit pas due à des phénomènes infectieux, c'est une épidémie à priori sans cause extérieure, sans agent pathogène.

En 2005, 111 909 décès annuels ont directement été attribués à l'obésité aux Etats-Unis (Flegal and al., 2005, p. 293). D'autres chiffres significatifs, concernant la France, mentionnent l'évolution de ce phénomène, 8,2% d'obèses en 1997, 9,6% en 2000, 11,3% en 2003 et la dernière étude, Obépi 2012, 15% en 2012 (INSERM, 2012, p.19).

Selon cette même enquête, Obépi 2012, le poids moyen des français augmente de manière plus conséquente que leur taille, créant ainsi un IMC moyen de la population française plus élevé : « *Le poids moyen de la population française a augmenté en moyenne de 3,6 kg en 15 ans alors que la taille moyenne a augmenté de 0,7cm.* » (*Ibid.*, p. 15).

Au Canada, selon les données statistiques publiées pour l'année 2005, une forte augmentation de l'obésité est à noter, en 27 ans, le pourcentage de personnes obèses a quasiment doublé : « *Le pourcentage de Canadiens entrant dans la catégorie des obèses (IMC supérieur à 30 kg/m²) a presque doublé entre 1978 et 2005, passant de 13,8% à 24,3% de la population d'adultes, soit 1 personne sur 4.* » (Chaire de recherche sur l'obésité, 2005).

Selon l'Index Mundi, présentant les chiffres issus de « CIA World Factbook », le nombre de personnes souffrant d'obésité augmente dans le monde. Pour ne citer que quelques exemples pris au hasard : en Afrique du Sud, 31,8% de la population est obèse, en Australie, ce nombre est passé de 16,4% en 2005 à 26,8% en 2008, à Cuba, ce nombre est passé de 11,8% en 2002 à 21,5% en 2008, au Portugal, ce nombre a évolué de 14,2% en 2005 à 24 % en 2008, aux Etats-Unis, ce nombre est de 33%.

Comme le dit très justement J.M. Le Guen (2005), ce constat est inquiétant et préoccupant :

« Un américain sur deux est en surpoids, un sur trois est obèse (...) Dans certaines îles du Pacifique, la Mélanésie, La Micronésie ou la Polynésie, l'obésité affecte deux tiers de la population. (...) Inquiétant constat : il y aurait aujourd'hui autant de personnes souffrant de malnutrition que de victimes de la suralimentation soit 1,1 milliard de personnes. » (p. 51-52).

L'alimentation des populations a toujours été une préoccupation mondiale. Après avoir été centrée sur la malnutrition, cette préoccupation a maintenant deux pôles : la malnutrition et la suralimentation.

1. 1. 3. Recommandations internationales : lutter contre l'obésité

Afin de répondre à ce constat inquiétant réalisé au niveau mondial, des commissions d'experts ont été créées à différents niveaux sur le plan international. Dans son rapport de 2007, l'INSERM décrit ce moment de mobilisation et de production des premières recommandations : « *À partir d'une vaste consultation d'experts, l'International Obesity Task Force (IOTF)⁴ a défini les bases de recommandations pour le diagnostic, la prise en charge et la prévention de l'obésité.* » (INSERM, 2007, p.75)

Les orientations préconisées par ce "groupe d'intervention" ont été largement reprises et communiquées par l'OMS par le biais de son rapport de 1997 : « *“World health organization. Obesity : preventing and managing the global epidemic” (WHO).* »⁵ (Ibid., p. 75). Dans ce

⁴ Traduit : « Force d'Intervention Internationale contre l'Obésité » qui dépend de l'Union Internationale des Sciences de la Nutrition : <http://www.iuns.org/about-iuns/>

⁵ Traduit : Organisation Mondiale de la Santé : Obésité : prévention et gestion de l'épidémie mondiale.

rapport, il est clairement mentionné que chaque pays doit adapter ces propositions génériques. Ce fut le point de départ d'initiatives dans le monde, où chaque pays a pu développer des stratégies de prévention, de diagnostic et de prise en charge adaptées à sa population.

Les Etats-Unis sont parmi les plus touchés par cette épidémie et ont développé des stratégies d'actions thérapeutiques très structurées. Ils basent leurs recommandations aux médecins généralistes sur cinq points regroupant l'information du patient sur l'obésité et ses conséquences sur la santé, la présentation des différents traitements possibles en fonction du degré d'obésité et la nécessité de s'appuyer sur des centres experts dans certains cas :

- « aborder la question avec les patients consultant en médecine générale et leur expliquer que l'objectif ne se limite pas à la perte de poids mais inclut la prévention et le traitement des complications ;
- si les mesures comportementales sont prioritaires, le traitement pharmacologique doit être envisagé en cas d'échec ;
- il faut informer les patients des effets secondaires immédiats des médicaments et considérer que la tolérance à long terme n'est pas connue ;
- les indications de la chirurgie ne concernent que les obésités morbides et le patient doit être informé très clairement des risques ;
- les patients candidats pour la chirurgie doivent être adressés à des centres experts. » (Ibid., P. 75)

En complément, le National Institutes of Health⁶ (2000), dresse les dix étapes du traitement du surpoids et de l'obésité, associant le diagnostic selon différentes mesures (IMC, tour de taille) et les complications associées à l'obésité déclarée ; la proposition thérapeutique adaptée au patient (degré obésité, motivation, risques, sédentarité, régime, journal hebdomadaire) et la tenue d'une fiche d'évolution de la pathologie.

Les Etats-Unis ont déclaré l'obésité officiellement comme une maladie en 2004, ce qui a pour conséquence de modifier le statut de la personne obèse et d'entrer dans une dynamique de responsabilité partagée entre la personne et le pays dans lequel elle vit. C'est ce que nous dit J.M. Le Guen en 2005 :

« Coup de théâtre à l'été 2004, l'obésité est reconnue comme une maladie. (...) Visiblement, les responsables américains semblent accepter un changement des mentalités et estiment que l'opinion publique est prête à ne plus considérer les personnes obèses comme seules responsables de leur état. » (p.30)

⁶ Traduit : Institut National de Santé

Le Canada, très touché lui aussi par cette épidémie, entrevoit les solutions à cette épidémie de manière différente. Il cible ses actions sur la prévention et la promotion de la santé.

Selon le rapport de l'INSERM en 2007 : « *La stratégie "intégrée" est axée sur la promotion de la santé, la prévention par une saine alimentation et l'activité physique qui sont bénéfiques non seulement pour l'obésité mais également pour la prévention du cancer et des maladies cardiovasculaires.* » (p.76). Cette promotion de la santé prenait appui sur des guides : *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* et *Guide d'activité physique canadien pour une vie saine*. Le second guide n'est désormais plus édité suite à des soucis financiers. Ainsi, le Canada se base sur une politique visant l'industrie agroalimentaire : « *En Ontario, le ministère de l'éducation recommande de retirer de la vente les produits trop gras ou trop sucrés, de ne plus choisir que certains aliments répondant aux critères définis par les diététiciens, (...)* » (*Ibid.*, p.76) et sur les communiqués publicitaires, notamment à destination des enfants :

« *Au Québec, toute publicité à but commercial destinée aux enfants de moins de 13 ans est légalement interdite. Dans le reste du Canada, les messages publicitaires destinés aux enfants de moins de 12 ans sont régis par des codes de bonne conduite* » (*Ibid.*, p.76).

La prévention vise aussi les taxes à destination des sociétés de production alimentaire : « *Une taxe sur la vente au détail de boissons gazeuses, jus de fruit, boissons aux fruits, bonbons et en-cas (chips, bretzels, pop-corn, cacahuètes salées, gâteaux secs...) est appliquée dans la majorité des provinces (...)* » (*Ibid.*, p.76).

Les recommandations de l'Union Européenne sont assez uniformes dans les pays qui la composent, nous étudierons en profondeur les recommandations de la France. Mais avant cela, il nous semble important de préciser que la Belgique a complété les différentes recommandations par une action ciblée sur les enfants en favorisant une éducation aux médias : « *Les établissements scolaires sont encouragés à dispenser une "éducation aux médias", pour permettre aux enfants de décoder les messages publicitaires* » (*Ibid.*, p.76).

En France, dès 1998, les premières recommandations ont vu le jour sous l'impulsion de l'Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité (AFERO), la Société de Nutrition et de Diététique de Langue Française (SNDLF) et l' Association de Langue Française pour l'Etude du Diabète et des Maladies métaboliques : (ALFEDIAM). En 2006, le Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (GROS) complète ces propositions pour une politique de santé publique en matière d'obésité. Après de nombreux rapports et propositions

(Basdevant, 2009, de Danne, 2009, CAS, 2010), les “Plan Obésité 2010-2013” et “Plan National Nutrition Santé 2011-2015” font référence actuellement.

Le Plan Obésité 2010-2013 (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011a) regroupe des recommandations très larges et très complètes de l'amélioration du parcours de soins du patient aux programmes de recherche, il se décline en quatre axes.

Le premier axe présente des stratégies pour améliorer l'offre de soins en premier recours et pour structurer globalement l'offre de soins spécialisés (au niveau régional et infra-régional, reconnaissance des équipes spécialisées, spécificités de l'Outre Mer). Il est préconisé la promotion du dépistage précoce et l'information du grand public. Il est demandé d'étudier la pertinence des pratiques émergentes.

Le second axe vise à la prévention, l'environnement et l'activité physique. La prévention est orientée vers la qualité de l'alimentation et la disponibilité de l'offre alimentaire pour tous, vers la lutte contre la sédentarité et les inégalités sociales (en matière de nutrition et d'accès aux soins). Elle s'adresse aux établissements d'enseignement, aux publicités diffusées à la télévision, aux politiques des villes.

Le troisième axe porte sur la prise en compte des situations de vulnérabilité, la lutte contre les discriminations tant dans le système de soins que dans la société, et la protection du consommateur contre la communication trompeuse (complément alimentaire, ...)

Le quatrième axe invite à s'investir dans la recherche, par des études épidémiologiques, des études cliniques et translationnelles et des échanges internationaux.

Le Plan National Nutrition Santé 2011-2015 (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011b) complète le Plan Obésité 2010-2013, il reprend de nombreux points comme la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé, ou le développement des activités physiques. C'est un outil de lutte et de prévention de l'obésité. Il est orienté vers les problématiques nutritionnelles comme la dénutrition, les troubles des conduites alimentaires, le développement d'actions territoriales en matière de nutrition, et vers le développement des activités physiques pour tous. Il vise à favoriser « *un état nutritionnel et un état de santé optimaux* » (p.10).

Après ce rapide tour d'horizon, non exhaustif, des différentes recommandations nationales et internationales, nous allons aborder l'obésité dans son évolution et ses problématiques identifiées.

1. 2. Evolution et problématiques en cause dans l'épidémie de l'obésité

Dans ce chapitre, nous parcourons la thématique de l'obésité dès sa naissance et étudions comment ce phénomène est devenu une maladie de société. Nous présentons ensuite les différents facteurs constitutifs de la maladie. Puis, nous observons si il existe une structure psychique favorisant l'obésité.

1. 2. 1. Vers la notion de maladie

Après avoir entrevu l'obésité du point de vue des sciences médicales et des états gouvernementaux, nous allons aborder la problématique de l'obésité sous un autre angle, celui des sciences anthropologiques et sociologiques. L'obésité n'a pas toujours été considérée comme une maladie. Ce classement en "pathologie chronique" semble être en lien avec l'évolution de notre conception de la corpulence et l'évolution de notre société.

1. 2. 1. 1. Évolution de la conception de la corpulence

M. Charmillot et al. (2011), dans leur étude publiée dans la Revue Médicale Suisse, mettent l'accent sur l'expérience de vie des personnes obèses et se questionnent sur l'évolution de notre société : « *Qu'est ce qui a donc changé dans notre conception moderne de la corpulence pour que ce qui était valorisé soit soudainement perçu comme problématique, socialement problématique mais aussi médicalement problématique ?* » (p. 687). Ce point de vue nous questionne sur la place des représentations dans la catégorisation des personnes au sein d'une société. La corpulence qui fut le symbole de la réussite sociale, se référant au fait que les personnes corpulentes ont suffisamment d'argent pour se nourrir, devient un problème. Comme le dit G. Vigarello (2005) : « *les "ventrus", les "lourds en taille" ont toujours existé : c'est leur perception par la société et l'image qu'ils ont d'eux mêmes qui ont changé.* » (p.1).

Cette évolution de la société n'épargne pas l'évolution du système de soins. Les curseurs d'IMC, déjà cités, *rangent* les personnes par catégorie en fonction de leur poids : normal, surpoids, obèse, ... et implicitement propose que le poids normal soit synonyme de bonne santé. L'obésité est alors vue comme une déviance, puis devient une problématique de santé. C'est ce que nous retrouvons dans les propos de A. Navaron et M. Corsos (2015), dans leur étude publiée dans l'Evolution psychiatrique : « *L'évolution de notre conception de la corpulence qui fait de l'obésité aujourd'hui une déviance par rapport à la norme résulte*

d'une construction sociale qui, partant de principes moraux s'est dans un second temps médicalisée. » (p. 365).

Notre société semble aussi évoluer vers une déshumanisation des personnes et notamment des personnes obèses. Même si les qualificatifs pour parler des personnes obèses n'étaient pas toujours bien vécus et uniquement en lien avec la caractéristique physique de la personne : « *les rondouillards, les dodus, les enveloppés, les grassouillets, les bien en chair, les enrobés, les charnus, les pulpeux, les replets, les plantureux (...)* » (Desprats Péquignot, 2008, p.43), ils avaient le mérite de rester Humains et presque bienveillants. Actuellement, ces mêmes personnes sont qualifiées de « *corps en "surpoids", en "surcharge pondérale" (...)* » (Ibid., p. 43), ce qui déshumanise totalement la personne, le sujet n'existe plus, seul son poids compte.

1. 2. 1. 2. Rôle de la société : vers une pathologie sociétale

Comme le rappelle JM Le Guen (2005) « *Ce n'est cependant, qu'en 1998 que l'OMS consacre un changement de paradigme en confirmant le caractère pathologique de l'obésité et les risques d'épidémie.* » (p. 111). Avant 1998, l'obésité n'était pas considérée comme une maladie, encore moins comme une maladie chronique. Elle était considérée comme une problématique individuelle, d'une personne qui s'alimente trop ou mal ou les deux ensemble. Ce changement de paradigme n'est pas anodin et infondé, il est en lien avec les complications médicales qui s'associent le plus souvent à une obésité sévère ou morbide. La définition en pathologie chronique permet une prise en charge de santé plus précoce des patients.

La pathologisation de l'obésité est aussi liée à l'évolution de la médecine qui tend à s'appuyer sur les données actuelles de la science plus que sur l'examen clinique singulier d'une personne. N. Dumet (2009) aborde ce phénomène : « *La médecine moderne tend à l'uniformisation, à la négligence pour ne pas dire à l'oubli de la singularité subjective. (...).* » (p. 143). Même si cette évolution est positive, elle a des aspects négatifs qui peuvent stigmatisés une partie entière de la population, en la rendant responsable voire coupable de négliger sa santé et d'imputer le budget de santé publique.

« Que cette visée normative apparaisse en bien des cas fondée, ne justifie pas l'homogénéisation des corps et des poids ou surpoids, à partir de laquelle vont être désignés des individus mettant à mal non seulement leur santé, leur espérance de vie, mais aussi le système (sans parler du budget) de la santé publique. » (Ibid., p. 143).

Selon N. Dumet, (2009), l'obésité pourrait aussi être une stratégie d'adaptation des personnes en réaction au système de soins actuels tels qu'il est préconisé : uniforme, standardisé, scientifié et ne prenant pas en compte la subjectivité du sujet : « *L'obésité apparaît alors à bien des égards du point de vue psychosocial comme une "stratégie de survie, corporelle et subjective" aménagée par l'(les) individu(s) dans ce qu'il faut bien appeler un nouvel espace totalitaire du soin.* » (p.145)

Cette vision psychosociologique de l'obésité entre en résonance avec les propos de Charmillot et al. (2011) qui se questionne sur l'affirmation incontestable que l'obésité est une pathologie : « *Comment a été promue et s'est diffusée, au sein de la communauté scientifique, l'idée que l'obésité était pathologique ?* » (p. 687).

Qu'est ce qui explique voire justifie la naissance de la maladie obésité ? Il est très compliqué de tenter de répondre à cette question. Selon l'angle d'approche de cette problématique, différentes explications sont possibles, la réalité ne serait-elle pas dans la rencontre de ces points de vue ?

1. 2. 2. Obésité et société ?

Comme nous venons de la voir, il est difficile de se positionner sur l'obésité, est ce une maladie chronique, une pathologie de société ? Mais ce qui est certain, c'est que l'obésité est devenue un problème de société, une épidémie à éradiquer.

Nous pouvons ici nous référer à T. de Saint Pol (2013), sociologue, qui relate un événement survenu au Royaume-Uni. Cet événement nous permet de mesurer à quel point l'obésité peut être un problème de société. Il décrit :

« En février 2007, les services sociaux britanniques menaçaient une mère, au chômage et en dépression, de placer sous tutelle son enfant de huit ans, pesant alors 100kg qu'elle élevait seule dans le Nord du Royaume-Uni, si l'alimentation de son fils, assimilée à une forme de "mauvais traitement" n'était pas rapidement modifiée. » (p.20).

1. 2. 2. 1. Inégalités sociales et obésité

Comme cela est présenté dans cet événement relaté par T. de Saint Pol, les inégalités sociales jouent un rôle majeur dans l'obésité. A. Basdevant (2008), médecin clinicien engagé dans la médecine de l'obésité et dans des actions de santé publique préventives, présente ce phénomène :

« Dans tous les pays occidentaux, l'obésité est plus fréquente dans les populations vulnérables sur le plan social et économique. Ainsi en France, la fréquence de l'obésité atteint 18% dans les foyers dont les revenus sont inférieurs à 900 euros par mois et 5% dans les foyers dont les revenus dépassent 5300 euros par mois. » (p. 60-61).

Il apparaît clairement une prévalence, dans les pays occidentaux, de l'obésité dans les milieux socio-économiques défavorisés. L'obésité est presque quatre fois plus présente dans ces milieux. T. de Saint Pol (2013), sociologue, confirme par son analyse, ces inégalités et précisent que celles-ci sont renforcées par le faible niveau de qualification et de diplomation des personnes : *« (...), plus un individu est diplômé, moins il a de risques d'être obèse. En 2008, 17% des personnes sans diplôme ou ayant au plus un brevet des collèges sont obèses en France, contre seulement 6% des diplômés du supérieur. »* (p.21). L'enquête Obépi (2012), corrobore ce phénomène, même si il a peu évolué depuis 2008 : *« il persiste un très net gradient social de l'obésité mais les différences de prévalence entre les catégories socio-professionnelles n'ont pas subi d'évolution majeure. »* (INSERM, 2012, p.16).

Nous nous situons dans la même réflexion que P. Froguel (2010), directeur de recherche au CNRS de l'Institut Pasteur de Lille, et nous nous questionnons sur l'origine de cette obésité issue de nos sociétés occidentales fragmentées. Il exprime sa pensée ainsi : *« nous ignorons totalement pourquoi des groupes entiers de la société, surtout les plus pauvres, non seulement prennent du poids, mais pour une proportion croissante, développent une obésité sévère. »* (p.22). Plusieurs hypothèses sont proposées pour expliquer ce phénomène. Dans leur étude, A. Appart and al., (2007) mettent en évidence le rôle des parents dans l'obésité précoce. Ils décrivent l'élan des parents de donner à leur enfant ce qu'il y a de mieux, ils se réfèrent alors aux publicités de la télévision, à la norme sociale telle qu'ils la perçoivent et laissent l'enfant libre de s'alimenter à toute heure. Ils relatent ainsi ce phénomène :

« dans les milieux socio économiquement défavorisés, le conformisme social et le poids de la publicité et des médias sont tels que le recours au "fast-food" à la "junk Food" fait partie de ce que l'on pense offrir de mieux à son enfant afin "qu'il ne manque de rien" et qu'il ne soit pas différent des autres. L'enfant se nourrit alors à la demande selon les pulsions du moment. » (p. 157)

De son côté, N. Darmon (2008), chercheur à l'INSERM, étudie le gradient socio-économique de l'obésité. Son premier constat est qu'une des caractéristiques fréquentes de la personne souffrant d'obésité est son faible gradient socio-économique. Elle explique ce phénomène à partir de trois thèmes principaux.

Le premier thème est celui de l'alimentation : *« ce qui caractérise l'alimentation des populations défavorisées, c'est sa faible densité nutritionnelle et sa forte densité énergétique (...) »* (p. 47). Elle décrit des sous groupes de personnes à risque dans lesquels elle inclut les *« personnes en situation d'insécurité alimentaire avérée »* (Ibid., p.47). Elle révèle à quel point la disproportion de l'offre alimentaire peu nutritionnelle, très raffinée et peu onéreuse (sucreries notamment) par rapport avec l'offre alimentaire moins raffinée et plus onéreuse (fruits, légumes) est un facteur favorisant la prise de poids :

« L'augmentation exponentielle du nombre de produits disponibles dans les catégories des sucreries et des snacks, dont la variété est associée au développement de l'adiposité, fragilise tout particulièrement les personnes pauvres puisque cette variété leur est financièrement plus accessible, contrairement à celle des fruits et légumes. » (Ibid., p. 49).

Elle confirme aussi l'alimentation comme source de plaisir que les parents offrent à leur enfant : *« il est bien plus difficile de refuser un plaisir à son enfant quand c'est le seul qu'on puisse lui offrir. »* (Ibid., p. 48)

Le second thème que N. Darmon aborde, fait référence au capital culturel et social. L'urgence vitale des personnes qui ont un niveau socio-économique bas est une préoccupation envahissante, elle ne laisse pas de place à la prise de recul sur l'avenir. Elle ne crée pas les conditions de motivation à prendre soin de sa santé, il n'y a pas d'intérêt à cela, les informations nutritionnelles sont méconnues. N. Darmon le décrit de cette façon :

« Un manque de connaissance en nutrition, un rejet des messages de prévention nutritionnelle, un faible intérêt pour la santé à long terme (puisque les préoccupations immédiates dominant largement) et une perception erronée du poids corporel ont été invoqués pour expliquer les choix alimentaires défavorables à la santé dans les populations de faible SSE » (Ibid., p. 47).

L'environnement de ces personnes joue son rôle dans la prédisposition à l'obésité : *« les barrières géographiques et les déserts alimentaires (dans les quartiers défavorisés), la capacité de stockage des aliments, les moyens de transport, l'équipement électroménager, (...) »* (Ibid., p. 47). Dans cet environnement propice au développement de l'obésité, il existe aussi la problématique de la sédentarité.

L'insécurité, l'absence ou le coût des activités physiques sont des freins non négligeables à l'activité : *« Ces quartiers sont peu propices à l'exercice d'une activité physique. Non seulement par manque d'espaces verts et d'équipements sportifs mais il peut y régner un degré d'insécurité important (...) le coût des activités physiques (...) »* (Ibid., p.47).

Et enfin, le troisième thème interpelle le lecteur et les politiques sur les phénomènes sociaux de précarité et d'exclusion. Ils sont intimement liés à la prédisposition à l'obésité : « *la lutte contre la précarité et l'exclusion sociale est aussi un des moyens d'améliorer la qualité de l'alimentation, et de prévenir l'obésité et les maladies chroniques.* » (Ibid. p. 49).

Pour conclure sur le rapport de N. Darmon, il semble clair que la lutte contre l'obésité ne va pas de pair avec la lutte contre la vulnérabilité sociale. Elle décrit cette notion : « *un fort capital social (repères culturels, tissu social et soutien social) limite le risque de mal s'alimenter alors que la vulnérabilité sociale (acculturation, isolement et dévalorisation de soi) l'augmente* » (Ibid., p.47).

1. 2. 2. 2. Contradiction de notre société occidentale et impacts sur l'épidémie - obésité

Notre société, non seulement fragmente sa population en fonction de son niveau socio-économique, mais elle est aussi une société paradoxale. Ce paradoxe se matérialise fortement dans les messages contradictoires qu'elle nous envoie par l'intermédiaire des politiques de santé comme des publicités, alliant minceur mannequinale, sucreries et messages de santé publique combinés, culte du corps et produits alimentaires génétiquement modifiés ... Comme le montrent A. Appart and al. (2007), la société est étrangement contradictoire : « *d'un côté, elle prône la beauté, la minceur, la santé et de l'autre, elle pousse à consommer des aliments préformatés et hypercaloriques.* » (p.155).

M. Gracia et J. Contreras (2008), philosophes et anthropologues, s'associent à ce constat :

« Tout se rejoint dans un environnement social dans lequel se côtoient des milliers de produits alimentaires et des milliers de messages pour les éviter, dans une société qui fait la promotion de la glotonnerie en permanence en même temps que celle de la minceur la plus rigoureuse. » (p.68).

Ces auteurs ne s'arrêtent pas à ces constats, ils vont plus loin en introduisant les enjeux économiques trop souvent ignorés. Ils présentent à quel point il existe des intérêts financiers importants concernant les produits « remèdes » de l'obésité. Il y a de réels enjeux économiques dans la discrimination des personnes obèses, il existe un type d'industrie agroalimentaire qui vit de l'obésité et des produits qu'elle crée pour la combattre.

M. Gracia et J. Contreras (2008) expliquent : « *D'autant plus que les marges commerciales du "mal" s'avèrent être, dans de nombreux cas, minimes au regard des caractéristiques des chaînes de distribution, alors que les marges commerciales du "remède", pour le fait d'apparaître comme un "remède", sont infiniment supérieures.* » (Ibid., p.68).

1. 2. 2. 3. Politiques de santé publique et obésité

Entre inégalités socio-économico-culturelles et contradiction sociétale, les enjeux des politiques de santé publique sont majorés. Malgré les différentes recommandations (CAS, 2010, HAS, 2011), plans de santé publique (Basdevant, 2009, Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, 2011a et 2011b) et autres rapports (GROS, 2006, de Danne, 2009, INSERM, 2012) l'épidémie de l'obésité n'est pas stoppée.

Sans aller jusqu'à dire que ces différentes actions sont inutiles, J.M. Le Guen, médecin, spécialiste en santé publique (2005), insiste sur la nécessité de révolutionner notre manière occidentale de penser la santé et de privilégier résolument la prévention. Il nous invite à non seulement préconiser la prévention mais se donner les moyens de mettre en œuvre celle-ci, moyens financiers, médiatiques et politiques. Il transcrit sa pensée ainsi :

« Donner la priorité à la prévention : depuis des années, aucun discours de ministre de la Santé ne se fixe d'autre objectif. Pourtant, rien ne semble y faire. Notre système de santé continue de privilégier de façon caricaturale le curatif : l'essentiel de moyens financiers lui est consacré, c'est sur lui que se focalise l'essentiel des médias et des responsables politiques et sociaux. » (p. 237).

Le renouvellement de notre système de santé ne se fera pas sans renouvellement de notre système de pensée, voire le renouvellement de notre manière de penser la santé. J.M. Le Guen invite les politiques, chercheurs, médecins et autres acteurs de santé à réfléchir à une médecine nouvelle qui développerait une "santé durable". Il l'évoque de cette manière :

« Il faut aussi évoquer l'avènement d'une médecine prédictive qui consacrera l'effacement des frontières entre le préventif et le curatif, pour comprendre que c'est à une transformation globale de la démarche de santé qu'il faut désormais procéder. Je l'appelle de mes vœux et crois que, pour initier cette nouvelle approche, il faut développer ce que l'on pourrait désigner de "santé durable". » (Ibid., p. 249).

Il définit cette notion de "santé durable" qui prend en compte tous les paramètres pouvant influencer la santé notamment l'environnement et s'approche ainsi de la notion de médecine holistique : *« La santé durable, c'est l'affirmation d'une valeur sociale primordiale prenant en compte, dans un champ d'intervention élargi, une vision globale de l'environnement physique, social et culturel, l'idée d'une transformation qualitative radicale, la mise en œuvre d'une approche pluridisciplinaire. » (Ibid., p. 249-250).*

P. Froguel (2010) s'adresse, quant à lui, aux différentes instances gouvernementales en les mettant en garde sur la taxation de produits caloriques, qui sont aussi les moins chers du

marché. Dans son analyse, il retient qu'en surtaxant ces produits caloriques, il condamne dans le même temps, un peu plus les personnes évoluant déjà dans un milieu défavorisé. Il écrit :

« Ainsi, proposer comme le font unanimement nos hommes (et femmes) politiques une taxation du “gras” ne peut qu’être inefficace et socialement injuste dans la mesure où les populations les plus pauvres sont aussi celles qui consomment le plus de nourriture peu onéreuse. » (p.22).

Il va plus loin en interpellant à nouveau les principaux responsables gouvernementaux sur l'aspect protecteur que devrait développer notre société à l'égard des personnes obèses. Il serait opportun de ne pas culpabiliser ces personnes, de ne pas les soumettre à des discours contradictoires et de prendre en compte l'aspect génétique et environnemental dans leur pathologie. Il précise sa pensée :

« Si les généticiens ont raison, et que les causes de l'obésité sont “à l'intérieur de certains d'entre nous”, il conviendrait plutôt que la société protège ces personnes vulnérables en assurant la promotion d'un marketing responsable qui n'incite pas les mangeurs à la surconsommation alimentaire plutôt que d'assener un discours moralisateur incitant à “mieux manger” qui sera de peu d'efficacité. » (Ibid., p.29).

Comment ne pas se sentir partagé intérieurement quand le message télévisuel présente le bonheur de manger une barre chocolatée hypercalorique et, dans le même temps, le slogan de prévention en santé publique : « manger cinq fruits et légumes par jour » ? Ceci étant sans compter que, dans tous les cas, les enfants en bas âge n'ont pas la capacité de lire ces messages écrits en bas des écrans télévisuels, ils n'ont que le message de plaisir alimentaire.

Dans son analyse, J.P. Poulain (2012) interpelle à son tour les politiques de santé publiques sur la rôle que peut jouer ce qu'il nomme la médicalisation de l'alimentation dans la montée de l'obésité :

« (...) la médicalisation de l'alimentation quotidienne et la montée concomitante de l'obésité procèdent également de ce phénomène (...) elles contribuent à sortir l'alimentation de l'allant de soi et de la télérégulation pour en faire une question de choix individuel, participant à la mise en place d'une relation réflexive. » (p. 149)

Il parle ici du phénomène de socialisation de l'alimentation, focalisant ainsi l'attention des personnes et augmentant la valeur donnée au rôle de l'alimentation dans notre société.

Ces différentes analyses et propositions nous invitent à réfléchir sur notre société, n'est-ce pas notre société qui est parasitée ? Notre société qui serait malade d'avoir un arsenal thérapeutique trop important et pourtant en grande partie inefficace face à l'obésité ? Le choix de la lutte est-il le plus pertinent ? : « La société “parasitée” par le spectre des arsenaux

thérapeutiques mis à disposition est “emballée” dans sa volonté de soigner à tout prix. Pour elle, l’obésité est qualifiée de fléau contre lequel il s’agit de lutter. » (Appart and al., 2007, p. 154). Le choix de la lutte est-il le plus pertinent ?

Nous concluons ce chapitre sur une note d’optimisme, il nous faut préciser qu’en France, même si l’obésité ne cesse d’augmenter, cette augmentation est moins élevée que globalement, dans les autres pays. V. Adt (2011) s’interroge sur la place que peuvent prendre les modes culturels alimentaires des français dans la prévention voire la protection de l’obésité. Elle nous partage son idée :

« Manger à la Française suppose notamment un ensemble de règles, le partage d’un repas commun, (...) autrement désigné par convivialité ou par “sociabilité alimentaire” ainsi que le synchronisme alimentaire, la fréquence et la durée des repas. Quid de la transmission de ce modèle dont il est envisageable qu’il joue un “rôle protecteur” contre le surpoids et l’obésité ? » (p.22).

Elle va plus loin et nous rappelle, comme nous l’avons vu avec les recommandations de WHO (1998) qu’il est important d’adapter au pays concerné les politiques de santé et notamment de prévention. Elle offre sa pensée : *« Face à la problématique du surpoids et de l’obésité, certains pays s’en sortiraient donc “moins bien” / “mieux” que d’autres. D’où l’intérêt de questionner la pertinence culturelle des stratégies de prévention mises en œuvre. »* (Ibid., p. 17).

Nous pouvons mesurer à quel point l’obésité est un phénomène complexe qui questionne tant les politiques de santé publique, que les sociologues, les anthropologues et autres scientifiques. Même si parfois leurs points de vue divergent avec d’un côté comme le dit B. Bout (2011), l’obésité est une *« maladie complexe, (...) à causes multiples (...) aux conséquences graves pour la santé. »* (p.1-2) et de l’autre côté : *« l’activisme de la santé publique face à ce que l’épidémiologie qualifie d’épidémie globale peut aussi être vue comme une forme particulière de l’exercice du principe de précaution. »* (Poulain, 2012, p. 20), il est clair que notre société se doit de réfléchir à cette thématique.

1. 2. 2. 4. L’obèse dans la société : stigmatisation et discrimination

La société actuelle privilégiant la minceur et le culte de la beauté stigmatise les personnes en surpoids ou obèses. Dans ce chapitre, nous abordons la stigmatisation, de son processus de construction à l’expérience des des patients obèses, et la discrimination, phénomène sociétal complexe, que rencontrent les personnes obèses.

1. 2. 2. 4. 1. Stigmatisation et obésité

La stigmatisation des patients obèses n'est pas un phénomène récent, il a plus ou moins toujours existé et est étroitement lié à la discrimination. L'"obèse" est regardé, commenté, bousculé, ignoré, maltraité et jugé par d'autres personnes.

1. 2. 2. 4. 1. 1. Processus de stigmatisation

La stigmatisation est un phénomène social, elle se construit au sein d'une société et en traduit les normes. Le processus de stigmatisation est un processus évolutif qui est décrit par J.P. Poulain (2012) :

- « - le label "déviant" est attribué à l'individu par d'autres individus au cours d'interactions sociales
- l'individu se trouve alors réduit à son stigmate, ses autres qualités sociales passant au second plan ;
- l'étiquette justifie une série de discriminations sociales ;
- le stigmatisé intériorise la dévalorisation ;
- le stigmatisé considère comme justifié le sort qui lui est réservé, et le piège se referme sur lui. » (p. 111-112)

Nous voyons dans cette description précise du parcours vécu par la personne stigmatisée, la place de la focalisation "d'une société" sur un aspect physique ou psychique d'une personne, celui qui est nommé "déviant" et l'impact de cette focalisation sur la société elle-même et sur la personne en propre. Ce processus complet, « du label à la justification », peut être interrompu par la personne elle-même si elle en a la force, la confiance et la solidité intérieure.

Les personnes obèses ont ainsi un label "gros" ou "grosse" et cette seule caractéristique peut suffire à les définir voire à les interpeler : « C'est ainsi que les personnes obèses sont le plus souvent caractérisées par leur poids que par d'autres attributs sociaux (...) le statut de "gros" ou de "grosse" prend le pas sur toutes les autres qualités du sujet. » (Ibid., p. 111).

Dans ce processus, l'individu perd sa qualité de sujet et est regardé à travers le filtre des stéréotypes et représentations sociales (que nous avons étudié dans un chapitre précédent). Ces filtres opacifiants engendrent des représentations erronées des personnes obèses, associant un peu rapidement l'apparence physique à l'attitude psychique et aux valeurs morales des personnes :

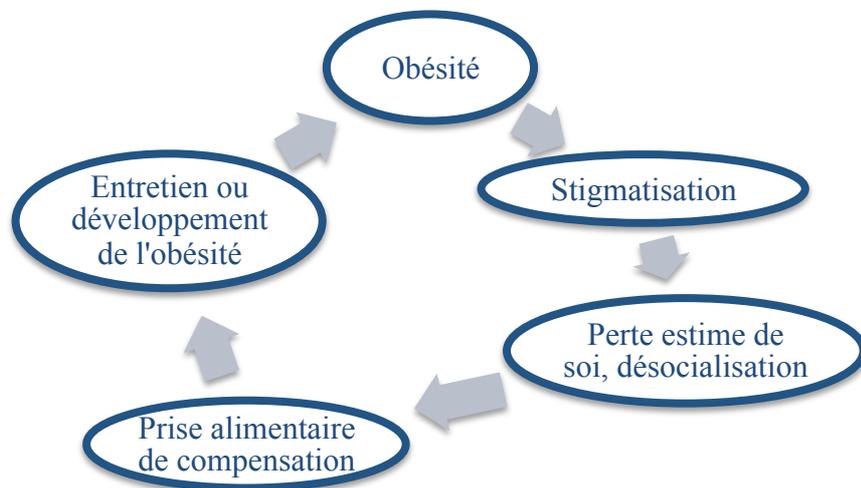
- « La stigmatisation repose sur un système de représentations et de croyances qui font de l'obésité un reflet des qualités morales de l'individu : "il est comme cela parce qu'il mange trop. S'il mange trop, c'est qu'il ne se contrôle pas. S'il ne se contrôle pas, peut-on lui faire confiance ?". On voit ici le raisonnement qui glisse d'une caractéristique physique au jugement moral de l'individu. » (Ibid., p.112).

1. 2. 2. 4. 1. 2. Cercle vicieux de la stigmatisation de l'obésité

Ce processus devient parfois un cercle vicieux qui auto-entretient l'obésité. En effet, les personnes fragilisées par leur obésité présentent des troubles de l'estime de soi, une gestion difficile des phénomènes anxigènes et un rapport à l'alimentation modifié. Ces éléments en font des "proies" faciles pour la stigmatisation et engendrent ainsi un processus d'auto-entretien de l'obésité.

J.M. Le Guen (2005, p.179) schématise ce cercle vicieux entre l'obésité, la stigmatisation, les troubles de l'estime de soi et le phénomène de désocialisation, la prise alimentaire compensatoire et l'entretien ou le développement de l'obésité :

Graphique n° 1 : Cercle vicieux de l'obésité (Le Guen. 2005)



A.A. Brewis (2014), dans son étude sur la stigmatisation et la perpétuation de l'obésité, identifie quatre mécanismes favorisant l'obésité et liés à l'environnement stigmatisant. Le premier est lié aux « *changements de comportement en lien avec le sentiment d'être jugé* » (p.153) tel que l'évitement des lieux publics pour s'adonner à une activité physique. Le second mécanisme est « *le stress psychosocial véhiculé par le sentiment d'être stigmatisé* » (*Ibid.*, p. 153), nous avons vu comment le stress et les émotions négatives fragilisent les personnes obèses et favorisent les prises alimentaires intempestives. Le troisième mécanisme identifié est un effet indirect de la stigmatisation, il s'agit : « *du changement d'environnement social* » (*Ibid.*, p. 154). En effet, face à la stigmatisation, les personnes obèses ont tendance à se rapprocher des personnes obèses ou à s'isoler, ces deux mouvements créant les conditions idéales de la prise de poids.

Le quatrième mécanisme est lié à la structuration de la discrimination, manque d'accessibilité des lieux publics, regard insistant et jugeant des personnes : « *les effets socio-économiques et structurels de la discrimination favorisent une prise de poids* » (Ibid., p. 155). Ces quatre mécanismes plus fréquemment retrouvés chez les femmes et les enfants, sont des facteurs de perpétuation de l'obésité.

1. 2. 2. 4. 1. 3. Stigmatisation et réalité sociale

La stigmatisation n'est pas un mythe, elle est un phénomène bien réel dont souffrent les personnes obèses. Nous prenons quelques exemples extrêmes pour signifier à quel point certains gouvernements stigmatisent au grand jour les personnes obèses.

P. Froguel (2010) décrit la position stigmatisante de l'Institut d'Hygiène londonien :

« Un article de l'Institut d'hygiène londonien vient d'accuser les obèses de contribuer à l'effet de serre en générant plus de gaz carbonique que les autres. » (p. 29) et celle d'Air France : *« Air France a songé un moment à surtaxer les personnes obèses, accentuant ainsi la stigmatisation dont elles sont victimes. »* (Ibid., p.29).

G. Apfeldorfer (2009) présente, quant à lui, en référence à un article du Monde (2006), les projets de Singapour, de la Grande Bretagne et d'Est Anglie en matière de stigmatisation :

« A Singapour, le ministre de la Santé a proposé que chaque élève soit noté en fonction de son poids. La note serait portée sur le bulletin scolaire afin de permettre aux parents de suivre les progrès de leur enfant. En Grande Bretagne, le National Institute of Health propose d'arrêter le traitement des personnes obèses qui se refusent à changer leurs habitudes alimentaires. Les hôpitaux d'Est Anglie annoncent quant à eux qu'ils ne pratiqueraient plus d'opération de hanche chez les personnes obèses. » (p.145).

Que penser de ces différents objets de la stigmatisation ? L'augmentation de l'effet de serre, la surtaxe dans les transports, la notation scolaire du poids, la menace faite aux personnes obèses en matière de santé sont autant de thématiques dévalorisantes et déshumanisantes.

Il existe une autre forme de stigmatisation dénoncée par N. Dumet (2009). Cette stigmatisation semble plus noble mais elle est, sans doute, tout aussi dévastatrice pour les personnes qui la subissent et qui l'intègrent dans leur modèle de croyances. Il s'agit de la traque, menée par les états et gouvernements, de l'obésité elle-même : *« Que penser bien évidemment aussi sur la scène sociale, socio-médicale plus exactement, de cette chasse à l'homme gros, de cette traque du gras qui culmine aujourd'hui dans cette nouvelle forme de*

pathologie (pour ne pas dire de psychopathologie) qu'est l'Orthorexie⁷? » (p. 142). N. Dumet nous invite à réfléchir sur le rôle des politiques de santé, de leur interventionnisme sur l'épidémie de l'obésité elle-même et sur ce qu'elle décrit comme une nouvelle pathologie socialement valorisée : l'Orthorexie.

Après avoir décrit le processus de stigmatisation, sa réalité et son ancienneté, nous allons analyser quel est le contenu de ces stigmatisations et quel est le vécu de ce phénomène social dont les personnes obèses sont les victimes.

1. 2. 2. 4. 1. 4. Contenu de l'expérience de stigmatisation des patients obèses

L'étude de Rousseau et al. (2003) tente de cerner la stigmatisation que les personnes obèses subissent. Cette étude compare et précise la stigmatisation vécue par les américains à celle vécue par les français. Ils parlent d'« *expérience de stigmatisation* » pour décrire la condition socio-culturelle des personnes obèses américaines. Ils décrivent un certain nombre d'indices de cette stigmatisation :

« les commentaires méchants des enfants, les suppositions négatives, les barrières physiques (vêtements, transports en commun), les regards ou moqueries des autres, le manque de tact des médecins, les commentaires déplacés ou méchants de la part du partenaire, l'embarras de ceux aimés, l'exclusion et l'ignorance, la discrimination dans le cadre du travail, les attaques physiques » (p.67).

En France, les stigmatisations les plus fréquemment rencontrées portent sur le physique des personnes obèses, le manque d'adaptation de notre société à la corpulence crée une stigmatisation de fait. Ils décrivent : « *La barrière physique (vêtements, transport en commun, mobilier, sanitaire non adaptés à la corpulence)* » (Ibid., p.68) qui est rencontrée pour 100% des personnes. Le second indice de stigmatisation intervient dans le rapport interpersonnel au quotidien, avec des inconnus comme avec le corps médical : « *les regards ou moqueries des autres, manque de tact des médecins* » (Ibid., p.68) pour 56,7% et 53,7%. Les autres indices de stigmatisation décrits pour les personnes obèses américaines sont un peu moins présents mais existent bien.

1. 2. 2. 4. 1. 5. Vécu de l'expérience de stigmatisation de la personne obèse

Le vécu de la stigmatisation par les personnes obèses est individuel, les effets sont plus ou moins prononcés selon la personne et ses ressources, mais il n'en existe pas moins que c'est

⁷ Orthorexie : Quête obsessionnelle de la nourriture saine et qui n'est qu'une forme déguisée d'anorexie, socialement convenable.

un des facteurs motivationnels les plus forts pour engager une dynamique de perte de poids : « Parmi les motivations à maigrir, les effets de la stigmatisation de l'obésité jouent un rôle décisif. » (Apfeldorfer, 2009, p.136).

Même si la stigmatisation peut être un moteur à la perte de poids, cette motivation extrinsèque part d'un sentiment négatif, d'une dépréciation de soi et ainsi de l'expression d'une souffrance. Chez les patients obèses, cette souffrance peut apparaître à travers le sentiment de honte de soi, de son corps. Ce sentiment s'accompagne d'autres sentiments négatifs dévalorisants, il bouleverse l'identité de la personne et sa personnalité et s'installe durablement, au-delà de l'expérience de stigmatisation. G. Apfeldorfer (2009) présente ce phénomène : « La honte atteint donc l'individu dans sa définition même, dans son identité. Elle engendre un sentiment d'illégitimité, de déchéance privée ou publique. (...). La honte persiste même quand cesse l'humiliation (...). » (p. 146).

1. 2. 2. 4. 2. Discrimination et obésité

La discrimination est un phénomène de société qui renvoie à des normes, des références. Elle repose grandement sur ce que l'on peut nommer : "le regard jugeant d'autrui posé sur soi". B. Andrieu (2008) nous informe de l'importance du regard de l'autre :

« Ce qui me touche dans le regard d'autrui, c'est l'immatérialité qui m'objective sans que je puisse rien en savoir. Le regard pénètre le corps de l'autre sans qu'une protection autre qu'imaginaire ne puisse remplacer cette tactibilité par quelque chose de tangible. » (p.33).

Nous voyons l'impuissance du sujet face au regard de l'autre, il ne peut ni le comprendre, ni s'en extraire, ni s'insurger contre les filtres représentationnels influençant le regard d'autrui sur soi.

1. 2. 2. 4. 2. 1. Discrimination sociale

La discrimination semble prendre appui sur un consensus sociétal non discuté et non réfléchi. Elle repose sur des représentations normatives de la santé, du poids et de l'individu et sur un désaccord implicite de la société face aux personnes en surpoids ou obèses. C. Grangeard (2013) nous décrit ce phénomène : « Socialement, il est coutume de parler de "discrimination". Façon édulcorée de dire la désapprobation collective qui sera également intériorisée par ceux qui sont en excès de poids. » (p. 18). Ce désaccord collectif face à l'obésité contre laquelle il est bon de lutter, crée des représentations négatives de la personne obèse vis-à-vis d'elle-même. Cette discrimination développant des représentations négatives,

n'est pas sans s'accompagner d'émotions négatives qui elles-mêmes augmentent le risque d'obésité comme nous l'avons vu précédemment et atteignent l'estime de soi comme nous le verrons dans un chapitre suivant.

Appart and al. (2007) dénoncent la discrimination des personnes obèses, qui arrive au premier plan des discriminations sociétales. Celle-ci se retrouve dans la vie quotidienne des personnes, mais aussi dans leur vie professionnelle et parfois dans leur parcours médical :

« L'obésité devient un des facteurs de discrimination sociale les plus puissants de notre société vouée au culte de l'apparence, de la santé, de la beauté plastique. L'obèse est discriminé par le regard de ses pairs mais aussi dans le monde du travail et parfois même par le jugement moral du monde médical. » (p.153).

S. Carof (2014) nous interpelle sur le rôle que peuvent jouer la sur-médiatisation de la thématique du poids, la médicalisation des personnes obèses et les engagements politiques en terme d'obésité dans la discrimination des personnes en surpoids et obèses, une discrimination presque normale voire justifiée :

« La médicalisation des personnes en surcharge pondérale et les discours qui l'entourent, entre critique de leur impact sur l'environnement, de leur laisser aller et de leur responsabilité dans l'augmentation des dépenses publiques, n'est(-elle) pas une nouvelle forme acceptable de critique des populations habituellement victimes de racisme ou de classisme ? » (p.4).

1. 2. 2. 4. 2. 2. Évolution de la discrimination professionnelle

La discrimination des personnes obèses ne diminue pas avec l'évolution de notre société civilisée, elle augmente même dans le domaine professionnel. Dans son étude comparative, J.M. Le Guen (2005) analyse les trajectoires professionnelles familiales chez les personnes obèses et dans la population générale. Il décrit la régression sociale et la baisse dans les évolutions de carrière professionnelle chez les personnes obèses par rapport à la population tout venant :

« (...) les situations de régression sociale, où la position de la personne est moins importante que celle de ses parents, sont plus fréquentes chez les obèses, (45%) que dans la population globale (31%) et là encore, plus parmi les femmes (47% contre 38%). (...) Les adultes qui étaient obèses jeunes ont des trajectoires professionnelles plus intéressantes, ce qui tend à prouver que l'obésité n'était pas un problème dans les années 1980 et que la discrimination s'accroît. » (p.177).

T. de Saint Pol (2013) va plus loin dans son analyse et présente la minceur comme une qualification professionnelle supplémentaire, favorisant ainsi l'accès au travail et la

reconnaissance financière : « *La minceur est aujourd'hui, pour les femmes, une sorte de diplôme supplémentaire que le marché du travail reconnaît financièrement.* » (p.22).

1. 2. 2. 4. 2. 3. Plaidoyer de la minceur

Cette augmentation du phénomène de discrimination des personnes obèses ne peut que s'amplifier au contact des médias. En effet, C. Grangeard (2013) dénonce les actions ciblées des médias sur le culte de la minceur et sur les liens faits entre les plaisirs des vacances et la perte de poids. Elle relève notamment la période du printemps comme moment clé d'enracinement de la discrimination dans les mentalités. Elle décrit :

« Chaque printemps, les magazines montrent bien que, pour avoir le plaisir d'aller à la plage durant l'été, il est essentiel de perdre quelques kilos... Qui plus est, le glissement sémantique (utiliser l'adjectif "le gros", les "obèses") revient à désigner par une seule de ses caractéristiques et donc la réduire à ce critère. C'est ouvrir la stigmatisation, cette trace infamante. » (p. 18).

Nous voyons le rôle de la discrimination dans le phénomène de stigmatisation des personnes obèses, personnes étiquetées "gros" ou "grosses", elles sont ainsi éloignées des plaisirs des personnes non obèses.

Nous ne reviendrons pas sur la discrimination morale que nous avons abordée dans le chapitre sur les stéréotypes socialement reconnus, mais elle est bien réelle comme nous le rappelle G. Apfeldorfer (2009) : « *Le rejet de l'obèse peut s'appuyer sur des doctrines puritaines : l'obèse est celui qui a péché, qui n'a pas su dominer ses appétits.* » (p.146).

1. 2. 2. 4. 2. 4. Lutter contre l'obésité et lutter contre la discrimination : un seul combat ?

Pour J.M. Le Guen (2005), il est clair que l'obésité et la discrimination vécue par les personnes obèses sont indissociables et se doivent d'être traitées de manière concomitante : « *Le combat contre la discrimination dont sont victimes les "gros" est, par conséquent, indissolublement lié à celui contre l'obésité.* » (p.19).

La discrimination se retrouve non seulement dans le regard posé par autrui sur soi et le jugement ou la moquerie qui l'accompagne, mais aussi dans des actes moins éphémères comme l'obtention d'un prêt immobilier, l'accès aux transports publics ou même l'accès aux soins médicaux. J.M. Le Guen dénonce cet état de fait et propose d'améliorer la connaissance de l'obésité et de tenter de mieux la comprendre pour remédier à ce phénomène destructeur qu'est la discrimination :

« *La compréhension et la connaissance de la maladie incitent les médecins et tous ceux qui se sont penchés sur ce problème à porter un nouveau regard sur la place que notre société accorde aux personnes en surpoids et aux obèses. Se déplacer, se vêtir, se soigner, emprunter de l'argent, s'assurer sont tout autant de démarches simples pour les "autres" et difficiles, voire impossibles pour les "gros".* » (Ibid., p.19).

Il conclut par un rappel des droits de toute personne, quelle que soit sa taille, son poids, son âge ou sa couleur de peau, son niveau socio-économique ou son environnement culturel : « *Je ne connais pas de mobilisation contre l'obésité qui ne place en première ligne la reconnaissance des droits de toutes les personnes obèses.* » (Ibid., p. 20).

Nous avons vu les effets de la stigmatisation sur l'obésité elle-même, sur les personnes, les effets de la discrimination plus ou moins éphémère sur l'accueil des personnes obèses dans leur société. Une société qui ne devrait idéalement pas appartenir plus aux minces qu'aux gros, aux blancs qu'aux noirs, aux riches qu'aux pauvres comme le proclamait Abraham Lincoln (1809-1865), seizième président des Etats-Unis d'Amérique : « *La démocratie est le gouvernement du peuple, par le peuple, pour le peuple* ».

1. 2. 3. L'obésité, une maladie multifactorielle

Dans ce chapitre, nous allons tenter de mieux cerner cette maladie multifactorielle. Nous avons vu à quel point les inégalités sociales, les contradictions sociétales jouent un rôle dans l'épidémie de l'obésité, nous questionnons maintenant les facteurs propres à l'individu. Nous allons aborder les facteurs génétiques pouvant influencer le poids d'une personne, la place de l'évolution des modes de vie et les phénomènes d'adaptation plus ou moins efficaces, le rôle du comportement alimentaire dans la prise de poids, l'influence des facteurs métaboliques, l'évolution de l'alimentation et du commerce agroalimentaire.

1. 2. 3. 1. Facteurs génétiques influençant la prise de poids

P. Froguel (2010), chercheur à l'Institut Pasteur de Lille, spécialisé dans la génétique du diabète et de l'obésité, aborde plusieurs notions de génétique et présente à quel point, les facteurs génétiques peuvent influencer la prise de poids.

En premier lieu, il parle du patrimoine génétique et de son rôle possible dans la prise de poids.

Il présente ce phénomène :

« notre patrimoine génétique détermine notre réponse biologique à nos habitudes de vie. (...) Les études familiales ont aussi montré que le risque de devenir très obèse quand on a un père ou une mère obèse était 5 à 8 fois plus important. (...) » (p. 23).

Cela revient à dire qu'il existe une forme de codage génétique qui est en partie responsable de ce que l'on peut appeler les « familles d'obèses ».

En second lieu, il nous apprend qu'une mutation génétique même mineure peut générer des troubles de la régulation de la prise alimentaire et engendrer une prise de poids démesurée. Il décrit : *« La mutation d'un seul gène, si elle se situe précisément dans la voie cérébrale hypothalamique de la régulation de l'appétit, suffit à rendre obèse un jeune être humain tout comme d'ailleurs une souris. » (Ibid., p. 23).*

En troisième lieu, il présente les liens biologiques existants entre les troubles génétiques générant la prise de poids et les troubles du quotient intellectuel : *« il est tout aussi probable que les mêmes anomalies biologiques qui, schématiquement, limitent le quotient intellectuel, perturbent aussi les circuits de contrôle de la faim. Les mêmes protéines étant souvent impliquées dans ces deux dérèglements. » (Ibid., p 25).* À ce moment-là, ces troubles de l'appétit et de l'intellectuel ensemble peuvent être à l'origine de troubles des conduites alimentaires, de troubles de l'adaptation des quantités alimentaires en fonction des besoins, et d'un manque de distance voire de discrimination face aux sollicitations publicitaires notamment. P. Froguel décrit ce dernier point :

« Les porteurs des variants "à risque" de ces gènes d'obésité n'ont pas nécessairement plus faim que les autres (...) mais ils adaptent mal leur alimentation en fonction de leur mode de vie, ils contrôlent mal leur comportement et donc leur prise alimentaire. (...) (ils) sont mal armés pour se protéger des sollicitations subliminales (...) » (Ibid., p. 26).

L'évolution de nos marqueurs génétiques familiaux ou individuels peut être une des sources de la maladie obésité, voyons comment l'évolution des modes de vie influence aussi la régulation de la prise de poids.

1. 2. 3. 2. Évolution des modes de vie et obésité

P. Weill (2010), ingénieur agronome et chercheur, pense quant à lui, que la société dans laquelle nous vivons évolue plus vite que l'homme. Il décrit : *« Physiologiquement, nous fonctionnons toujours comme des chasseurs-cueilleurs du paléolithique. Mais notre environnement lui, a profondément évolué, d'abord doucement sur une petite centaine de siècles, puis très brutalement ces derniers cinquante ans. » (p. 61-62).*

En dehors de la mutation d'activités physiques en lien avec la quête de nourriture, il persiste aussi une absence d'adaptation de la biologie de l'homme du XXI^e siècle à la constitution des aliments qu'il consomme. Comment comparer la valeur et la qualité nutritionnelles d'aliments non soumis aux pesticides notamment, aux aliments actuels de consommation courante en occident ? P. Weill précise :

« Nos racines biologiques plongent désormais dans une chaîne alimentaire où elles ont parfois du mal à trouver les nutriments dont elles ont besoin. De ce décalage entre gène et nutriments naissent les maladies de civilisation (obésité, diabète, ...) qui sont probablement autant de maladies environnementales. » (Ibid., p. 62).

Pour lui, il est clair que la lutte contre l'épidémie de l'obésité ne peut pas se limiter à réguler les comportements alimentaires mais doit aussi, de manière conjointe, prendre en considération la qualité et la valeur nutritionnelle des aliments consommés. Selon lui, « *Le combat contre l'obésité ne peut être gagné sans travailler à la fois sur les comportements alimentaires et la qualité des produits (...) dont la mémoire biologique correspond à ses besoins physiologiques.* » (Ibid., p.75).

L'amélioration de la qualité des aliments de consommation courante sera sans doute une des clés de résolution de la problématique de l'obésité. Qu'en est-il du paramètre de quantité de l'apport alimentaire ?

1. 2. 3. 3. Phénomènes d'adaptation et obésité

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser au phénomène adaptatif du corps comme cause possible de l'obésité. Le premier phénomène décrit concerne les quantités des prises alimentaires. A. Basdevant (2008) attire notre attention sur le changement de la physiologie du corps en cas d'obésité. En effet, la personne obèse a une dépense énergétique majorée par rapport à la personne non obèse pour la même activité. Cette augmentation de la dépense calorique nécessite un apport alimentaire supérieur. Le cercle vicieux de la prise de poids est ainsi engagé : plus la personne grossit, plus elle a besoin de manger ! Il le décrit ainsi :

« Une prise de poids est liée pour les deux tiers à une augmentation de la masse grasse et pour un tiers à celle de la masse maigre. Or, la dépense énergétique d'un individu augmente avec la masse maigre : un sujet obèse dépense plus d'énergie qu'un sujet non obèse car il a plus de masse maigre. Un même sujet dépense 2400 cal/j indépendamment de toute activité quand il est mince et 3500 s'il devient obèse. Devenir obèse augmente les besoins d'énergie : il est normal de manger plus quand on est obèse. » (p. 62).

Nous sommes à nouveau face à un paradoxe, le mécanisme ancestral d'adaptation du corps, de la physiologie du corps à sa consommation alimentaire devient, dans nos modes de vie actuels un risque pour la santé. A. Basdevant présente ce paradoxe : « *L'obésité, avant d'être maladie, est adaptation. (...) Devenir obèse serait une adaptation bienvenue à l'évolution des modes de vie... si elle n'entraînait pas des conséquences pour la santé.* » (Ibid., p.62).

J.M. Le Guen (2005) constate le même phénomène et reprend la notion de génétique abordée dans un chapitre précédent. Pour lui, la notion d'adaptation du corps vient du temps où l'homme connaissait des périodes de disette, le stockage de surplus de nourriture sous forme de graisse était alors bienvenu. Cette adaptation est, pour certains, tellement intégrée corporellement que la structure même de leur génétique les empêche de perdre du poids. L'obésité est une adaptation du corps qui crée des réserves en cas de manque, dans une société où le manque n'existe plus. Il dit : « *Formuler l'hypothèse d'une "maladie de l'adaptation" est toujours d'actualité, se trouvant même renforcée par des découvertes récentes qui expliqueraient que certaines personnes aient hérité d'un grand nombre de gènes les rendant "résistantes" à la perte de poids.* » (p.122).

L'adaptation est une forme d'intelligence du corps, elle est parfois perçue comme pathologique mais M. Gracia et J. Contreras (2008) nous rappellent à quel point le manque de ce phénomène adaptatif et le manque cruel de nourriture peut être un désastre pour la santé humaine. Ils nous invitent à ne pas oublier la dénutrition et nous permettent de réfléchir d'une autre manière sur l'obésité.

« Dans une société dont le principal problème de nutrition est l'obésité, (...) on oublie facilement l'horreur de la dénutrition pour l'organisme humain et l'avantage qu'a pu représenter la capacité humaine à accumuler des graisses à des périodes de prospérité ou d'accessibilité à l'alimentation, dans des contextes de famines successives. Dans ces circonstances, posséder "un corps gros" peut aussi augmenter les possibilités de survie. » (Gracia et Contreras, 2008, p. 64)

Pour conclure ce chapitre sur l'adaptation, A. Appart et al. (2007) nous propose d'avoir une vision globale de l'obésité, comme une maladie qui apparaît dans un contexte social, dans un environnement alimentaire, dans un parcours culturel et familial, il nous questionne sur l'obésité comme effort d'adaptabilité d'une personne pour se sentir exister : « *d'un point de vue systémique, il faut connoter positivement le symptôme obésité comme un effort adaptatif du sujet dans un contexte sociétal, environnemental, culturel, familial et enfin individuel.* » (p.158).

L'obésité est suspendue à des paramètres génétiques, environnementaux, des phénomènes d'adaptation du sujet, nous allons aborder dans le chapitre suivant la place du comportement alimentaire dans la prise de poids.

1. 2. 3. 4. Rôle du comportement alimentaire dans la prise de poids

Le comportement alimentaire est un très vaste thème, les régimes sont surmédiatisés, les TCA (troubles des conduites alimentaires) sont médiatisées et sont des pathologies à part entière, les aliments sont « partout » et les conseils de comportement alimentaire sont de tous les débats. Notre objectif n'est pas de faire un état des lieux de ce sujet mais de soumettre à notre réflexion quelques notions indispensables à la bonne compréhension du phénomène de l'obésité. Ainsi, nous abordons tout d'abord les régimes et leurs rôles dans la prise de poids, puis les thématiques de restriction cognitive et d'alimentation émotionnelle. Nous finissons par une note d'espoir avec le thème de l'ataraxie alimentaire.

1. 2. 3. 4. 1. Le régime, un fléau de société

« Il n'est pas une personne en obésité qui n'ait pas un jour suivi de régime. Le temps est venu de s'interroger sur ce réel fléau, problème de santé publique, qu'est le recours aux régimes. » (C. Grangeard, 2013, p.17).

Les chercheurs spécialisés dans l'obésité sont radicalement positionnés sur la question des régimes. A. Appart and al. (2007) les considèrent comme dangereux car ils ouvrent la porte aux TCA : « *tout sujet obèse soumis à la pression des régimes intempestifs peut basculer dans la catégorie des sujets qui présentent des troubles des comportements alimentaires.* » (p. 157). J.P. Zermati et G. Apfeldorfer, tous deux médecins spécialisés dans les TCA (2010) alertent sur l'effet « définitivement grossissant » des régimes quels qu'il soit : « *Ainsi, non seulement les régimes amaigrissants ne font pas maigrir durablement mais il peuvent même faire grossir définitivement en mettant en œuvre des processus psychologiques et physiologiques irréversibles. Et aucun d'entre eux n'a d'efficacité supérieure aux autres.* » (p.80). Et C. Grangeard (2013) les présente comme un autre paradoxe de l'obésité, la contradiction entre “ce que je veux, ce dont je rêve et qui m'est promis” et “ce que je sais qui va se produire” à long terme. Elle présente le régime comme une lutte entre deux opposés temporels, la satisfaction à court terme et la désillusion à long terme. Elle le décrit ainsi :

« Nous assistons à un terrible combat entre le principe de réalité (tout le monde le sait, 95% des régimes aboutissent à un dépassement du poids initial à cinq ans) et le principe de plaisir (en quelques semaines, suivre à la lettre les instructions et obtenir ce corps de rêve promis). Il y a désarticulation entre ce que l'on sait et ce que l'on veut. » (p. 17).

La dangerosité, le paradoxe et la prise de poids ne stoppent pas la montée des régimes, même chez les enfants. Ces phénomènes sont pourtant majorés quand le régime et la restriction cognitive qui les accompagne, commencent tôt dans la vie. M. Gracia et J. Contreras (2008) dénoncent cet “*environnement obésogénique*” dans lequel vivent les enfants. Suralimentation et sédentarité, publicités alléchantes et slogans de santé, sèment le trouble chez ces jeunes consommateurs. La multiplicité des régimes sous toutes ses formes tente même les plus jeunes de manière inquiétante. Ils nous alerte :

« L'apparition d'un “*environnement obésogénique*” caractérisé par la profusion alimentaire et la sédentarité, mais aussi dans les effets produits par les recommandations réitérées d'éviter le surpoids et l'obésité. Ces dernières ont demandé à la population, dès le plus jeune âge de faire des régimes et à entrer dans un cercle vicieux de perte et de récupération du poids. » (p. 67).

Le régime, la perte de poids, l'effet yoyo, ... quel est le rôle de la restriction cognitive dans ces choix motivationnels et mécanismes physiologiques ?

1. 2. 3. 4. 2. La restriction cognitive

« À la lumière des données récentes, nous pourrions définir la restriction cognitive comme une intention de conférer aux cognitions conscientes et au contrôle volontaire l'essentiel du contrôle du comportement alimentaire dans le but de maîtriser son poids. Or une telle ambition ne peut s'envisager sans un bouleversement profond du comportement alimentaire. La restriction cognitive se manifeste en effet par un glissement d'une tentative de contrôle mental vers un contrôle de plus en plus émotionnel du comportement alimentaire, accompagné parallèlement d'un effacement du contrôle sensoriel. » (Zermati, et al., 2010, p. 80)

Ces auteurs décrivent l'évolution et l'installation de la restriction cognitive selon quatre phases. La première étape est très volontaire, la personne perçoit correctement ses sensations alimentaires mais les ignore délibérément : « *je sais que j'ai faim mais je décide de ne pas manger* ». La seconde est plus insidieuse, la personne n'est déjà plus maître de ses décisions. Elle perçoit ses sensations alimentaires mais ne peut pas les respecter, elle est dans une alimentation émotionnelle : « *je sais que j'ai faim ou plus faim mais je ne parviens pas à adapter mon comportement à cette sensation* ». La troisième touche la cécité perceptive car

les sensations alimentaires ne sont plus perçues et le contrôle mental devient le seul garant : « *je ne sais pas si j'ai faim ou pas, mais je mange parce que c'est l'heure de manger.* ». La quatrième et dernière étape est celle de trouble du comportement alimentaire, l'alimentation est régulée tantôt par l'intellect tantôt par les émotions qui envahissent l'intellect et favorisent la perte de contrôle : « *je ne sais pas si j'ai faim mais c'est l'heure de manger, je vais manger uniquement de la viande blanche car cela ne fait pas grossir* » s'alterne avec « *je ne sais pas si j'ai faim, mais je suis triste alors je mange n'importe quoi, ce qui me passe sous la main* ». Ce trouble peut devenir totalement irrationnel avec une perte totale de sensations alimentaires et du contrôle de la régulation des quantités de prise alimentaire.

Là où les régimes commencent à être dangereux, c'est quand le phénomène de dissonance cognitive s'enclenche. Ce phénomène est préalable à la restriction cognitive, il crée un nouveau paradoxe pour la personne. Celui-ci est intérieur à la personne, il se produit entre ce qu'elle pense bien pour elle selon des recommandations externes : "quelqu'un d'autre que moi sait ce qui est bon pour moi" et ce qu'elle perçoit en elle qui génère son comportement alimentaire actuel. J.P. Zermati et al. (2010) présentent ce phénomène comme terreau de la restriction cognitive :

« la dissonance cognitive, sans constituer par elle-même un réel handicap, se présente ainsi comme une forme de terreau sur lequel pourra se développer la restriction cognitive qui surviendra dès lors que le mangeur commencera à s'interroger plus sérieusement sur la manière de maigrir ou de ne pas grossir. »
(p.83-84).

La personne et son comportement alimentaire sont ainsi tiraillés entre ce qu'il est bon de manger selon les recommandations de santé publique, ce qu'elle a envie de manger selon ses élans, les sensations alimentaires plus ou moins perçues et prises en compte et ce qu'elle mange en réalité.

1. 2. 3. 4. 3. L'alimentation comme secours émotionnel

Face à ces multiples sollicitations intérieures et extérieures, certaines personnes développent, un sentiment de culpabilité de ne pas être à la hauteur, de ne pas « faire ce qu'il faut », ... Ce sentiment est concomitant d'émotions plus ou moins intériorisées et, dans tous les cas, négatives. J.P. Zermati et al., (2010) précisent que ces émotions influencent le processus même de la sensation alimentaire : « *les personnes qui décident de surveiller leur alimentation dans le but de contrôler leur poids éprouvent de la culpabilité ou de l'anxiété en mangeant certaines catégories d'aliments. Ces émotions négatives empêchent les processus*

de rassasiement. » (p.140-141). Cette atteinte de la vie sensorielle de la personne est parfois majorée par la génétique, comme nous l'avons vu précédemment, et par le vécu des expériences de vie des personnes. S. Hahusseau (2010), médecin psychiatre, aborde ce phénomène de construction des émotions négatives :

« Une personne ayant un tempérament génétiquement prédisposant qui subit une ou plusieurs expériences émotionnellement traumatisantes qu'elle ne pourra pas réellement évacuer en raison d'un environnement émotionnellement invalidant (...) risque de développer une perception d'elle-même, des autres et du monde, extrêmement négative. De ce fait, elle sera davantage envahie par des émotions négatives. » (p.103).

Elle s'interroge, ensuite, sur le processus de comportement alimentaire qui en découle et observe que, souvent, la prise alimentaire vient au secours de ce trop plein de vie émotionnelle. Elle décrit : *« La seule manière de s'en débarrasser réellement, le seul moyen pour elle de soulager la souffrance sera de tenter d'en diminuer à court terme les manifestations en s'alimentant. »* (p.103). La personne se retrouve alors dans un cercle vicieux entre stress-émotion et alimentation que décrivent G. Apfeldorfer et J.P. Zermati (2004) : *« En pratique, l'abandon du contrôle est généralement déclenché par des événements stressants, des émotions, de l'anxiété, de l'alcool, tout malaise physique ou psychologique. »* (p. 1576).

Pour J.P. Zermati et al. (2010), il existe deux grandes catégories de mangeurs, les mangeurs rationnels qui s'alimentent sous le mode de la restriction cognitive et les mangeurs émotionnels. Les mangeurs émotionnels vivent avec une *« intolérance émotionnelle »* (p.144), les émotions négatives et l'expérience douloureuse qu'elles véhiculent, ne sont plus supportées. Cette intolérance conduit à l'*« impulsivité alimentaire »* (p.143), l'émotion déclenche une envie irrésistible de s'alimenter, l'aliment devient un réconfort. Ce type de comportement alimentaire s'accompagne d'une série de modifications biologiques, véhiculant des sensations positives et amenuisant les sensations négatives.

L'alimentation émotionnelle s'installe insidieusement en trois stades. Le premier stade est le stade des pensées jugeantes sur soi, *« Je me trouve nul, alors je mange. Et plus je mange, plus je me trouve nul »*.

Le second stade est caractérisé par une altération de l'image du corps : *« Je me trouve gros, alors je mange. Et plus je mange, plus je me trouve gros. »*

Et le troisième stade combine l'alimentation émotionnelle et la restriction cognitive. A ce stade apparaît la *« relation négative aux aliments »* (Ibid., p.147) : *« je me sens coupable de*

manger certains aliments alors je les mange. Et plus je les mange, plus je me sens coupable de les manger. »

Les mécanismes des troubles du comportement alimentaire sont complexes. Il est, cependant, important de distinguer les mangeurs pour qui l'alimentation est un goût, un plaisir et s'accompagne d'un sentiment de bonheur et les mangeurs restreints ou les mangeurs émotionnels. A. Appart and al. (2007) attire notre attention sur ce phénomène. Il décrit deux groupes de mangeurs, les grands mangeurs : *« les grands mangeurs (...) ils aiment la “bonne bouffe”, ils goûtent avec plaisir à ce qu'ils mangent et en profitent. (...) Ils se rattachent à une culture familiale, à des rituels et mangent de façon socialisée. »* (p. 154), et les personnes souffrants de TCA : *« Ces sujets ne mangent pas (ou plus) par plaisir mais par angoisse, par “obligation” (...). L'alimentation devient alors une drogue et colmate un mal-être conséquent. »* (p. 154).

Ainsi, l'obésité concomitante de troubles de l'alimentation peut-être entrevue comme une “certaine manière d'être au monde”, l'action de manger régulant l'angoisse de la personne momentanément.

Le comportement alimentaire, les troubles des conduites alimentaires, l'alimentation émotionnelle, ... sont tous secondaires à la motivation à s'alimenter. Même la sensation de satiété n'arrête pas un mangeur émotionnel en lutte contre ses émotions négatives. La régulation du comportement alimentaire est, selon J.P. Zermati et al. (2010), avant tout une question de motivation à manger.

1. 2. 3. 4. 4. Ataraxie alimentaire : le but à atteindre avec les patients obèses ?

La motivation à manger précède la prise alimentaire. J.P. Zermati et al. (2010) présentent comme premier objectif à atteindre, pour soigner le comportement alimentaire, de soigner sa motivation. Il décrit un phénomène où la sérénité de la motivation emporte la sérénité du corps et de l'âme :

« Cette situation se présente quand tout désir de manger, toute motivation physiologique ou émotionnelle, a disparu. Nous avons proposé de désigner cet état par le terme d'ataraxie alimentaire, la paix du corps et de l'âme selon la description qu'en faisait Épicure. » (p. 139).

La motivation est anticipatrice de l'action, cela est indiscutable mais a-t-elle toujours les pleins pouvoirs dans les problématiques de prise de poids ? Dans le chapitre suivant, nous

allons voir comment les troubles métaboliques amènent parfois le patient à un point de non retour.

1. 2. 3. 5. Influence des facteurs métaboliques

Les changements métaboliques accompagnant la prise de poids sont nombreux, le plus important concerne les adipocytes, leur taille, leur fonctionnement et leur multiplication.

Lors de la prise de poids excessive, les cellules du tissu adipeux augmentent en taille pour augmenter leur capacité de stockage des graisses. Cependant, ce phénomène à un seuil maximum, les cellules ne peuvent pas se distendre à l'infini, comme le décrit J.M. Le Guen (2005) : « *Les adipocytes qui les composent, se chargent en graisse jusqu'à atteindre une taille et un volume maximaux.* » (p. 122). Ce phénomène de plasticité des cellules adipocytes est totalement réversible jusqu'à un certain seuil, un niveau d'irréversibilité. J.M. Le Guen complète sa pensée : « *Ils ont la capacité à s'autoréguler et soumis à un régime, peuvent perdre au moins une partie de cette graisse. (...) Il y a, cependant, un point de non retour.* » (*Ibid.*, p.122). Ce moment de l'irréversibilité s'accompagne, si la prise de poids s'installe, d'une mobilisation d'autres cellules de stockage, des cellules en veille que l'on appelle adipocytes sur-numéraires ou pré-adipocytes. Il décrit :

« En effet, on a découvert l'existence de mini-cellules, précurseurs des adipocytes, certes en faible quantité, mais qui gardent à l'état latent le pouvoir de se multiplier. En cas de surplus de graisse à stocker, ces cellules sont réactivées. Les chaînes de fabrication des adipocytes surnuméraires qui, par leur développement, font partie de l'obésité. » (Ibid., p.122).

Le dérèglement métabolique de production des adipocytes ne peut pas s'inverser comme le précise l'INSERM (2006) : « *C'est ainsi que peut se constituer une augmentation du nombre des adipocytes, c'est-à-dire une hyperplasie. L'hyperplasie semble irréversible. (...) Le niveau minimum de grasse masse qu'il est possible d'atteindre est limité par le nombre des adipocytes.* » (p.29) et conditionne irrémédiablement les possibilités de perte de poids.

Ce phénomène d'hyperplasie adaptative s'accompagne de dérèglements hormonaux. En effet, les cellules adipocytes sécrètent une hormone, la leptine, qui joue un rôle dans la régulation de l'appétit. L'hyperplasie et la taille excessive des cellules modifient la physiologie de celles-ci et créent un dérèglement hormonal influençant tant les sensations alimentaires que la consommation d'énergie.

J.M. Le Guen (2005) explique : « *On assiste à une dérégulation du système où une hormone, la leptine, sécrétée par les adipocytes, ne joue plus son rôle complexe, (...) à contrôler et à régler aussi bien l'appétit que la dépense énergétique.* » (p.122).

Les problèmes métaboliques ne s'arrêtent pas au dérèglement de la production de leptine, mais sont combinés au dérèglement de la production de ghréline, considérée comme son hormone antagoniste. Dans l'obésité, il existe une diminution de la production de leptine provoquant un trouble de la satiété et une augmentation de la production de ghréline provoquant une augmentation de la sensation de faim. Ces troubles durent dans le temps et expliquent en partie la difficulté à perdre du poids et à stabiliser cette perte de poids dans le temps chez les personnes obèses. O. Ziegler et al. (2014), publient leur étude dans la revue "obésité" et expliquent ce phénomène :

« L'augmentation de la sécrétion d'hormones orexigènes, dont le ghréline, perdure plusieurs mois après la perte de poids (...) tout comme la persistance de l'hyperplasie des adipocytes, les cellules pouvant "défendre" une taille critique via de nombreux signaux d'adiposité, dont la leptine ou la fibrose du tissu adipeux » (p. 304).

D'autres problèmes métaboliques sont situés au niveau du métabolisme des protéines comme nous le disent C. Guillet, A. Masgrau et Y. Boirie (2011) : « *Obesity induces many changes in protein metabolism especially at the muscle level even if the literature is quite controversial regarding the mechanisms. Metabolic abnormalities associated with obesity (insulin resistance, inflammation, oxidative stress) are confounding factors that should be considered. Indeed, each of these disturbances has potential effects on protein metabolism.* »⁸ (p.91).

Il apparaît clairement que ces nombreux changements métaboliques plaident en faveur d'une irréversibilité de l'obésité après un certain seuil de la maladie et donc en faveur d'une chronicisation de l'obésité et de ses pathologies associées. Ces troubles métaboliques sont majorés par l'évolution de la nature des aliments consommés et la place du commerce agroalimentaire.

⁸ Traduit en français : « L'obésité induit de nombreux changements dans le métabolisme des protéines en particulier au niveau musculaire, même si il existe des controverses dans la littérature pour ce qui concerne les mécanismes. Les anomalies métaboliques associés à l'obésité (la résistance à l'insuline, l'inflammation, le stress oxydatif) sont des facteurs de perturbation qui devraient être pris en compte. En effet, chacune de ces perturbations a des effets potentiels sur le métabolisme protéique. »

1. 2. 3. 6. Évolution de l'alimentation et du commerce agroalimentaire

Selon J.M. Le Guen (2005), l'obésité est, comme nous l'avons vu précédemment, liée à l'évolution de nos modes de vie. D'un côté, nous constatons une augmentation de la richesse des aliments, des troubles du comportement alimentaire, une industrialisation de l'alimentation et l'apparition de produits dits sains. D'un autre côté, nous observons moins de dépenses et d'exercices physiques en lien avec le développement industriel. Il explique ce point de vue :

« L'obésité est la conséquence directe d'une alimentation trop riche notamment en lipides et de dépenses énergétiques insuffisantes. D'un côté, des comportements alimentaires anarchiques ; de l'autre, un manque d'exercice physique. (...) une alimentation industrielle (...) les produits light ou "bons pour la santé" (...) les conséquences du développement de l'automobile, des transports collectifs, ... » (p. 126).

Nous ne pouvons ignorer le rôle de l'industrie agro-alimentaire dans le fléau de notre société qu'est l'obésité. L'évolution de ces industries faisant le lien entre l'agriculture et les consommateurs, est un fait marquant du XX^e siècle. En effet, cette industrie s'est progressivement éloignée du monde agricole et de ses préoccupations pour se rapprocher du monde de la finance et de la productivité. J.M. Le Guen (2005) nous explique : *« En un siècle, cette industrie est devenue une industrie "comme les autres", capitalistique et finalement loin du monde de l'agriculture avec lequel elle n'a cessé de prendre ses distances depuis les années 1960-1970. » (p. 198).* Par ces changements et ces démarches commerciales, cette industrie a su créer des besoins nouveaux chez les consommateurs. En améliorant le conditionnement des aliments et en introduisant les exhausteurs de goût, ces industries ont eu comme effet d'augmenter la consommation alimentaire des français : *« Pendant une quinzaine d'années, jusqu'en 1980, la consommation de produits alimentaires croît de 2,5% par an en France, et la situation est similaire dans tous les pays développés. » (Ibid., p. 200-201).*

Nous venons de réaliser un état des lieux, que nous savons partiel, des facteurs favorisant l'obésité, facteurs intrinsèques et extrinsèques. Nous allons maintenant questionner un autre facteur intrinsèque et nous adresser à la part psychique de l'obésité, existe-t-il un profil de patients obèses ? Qu'en est-il des stéréotypes et des représentations en lien avec l'obésité ?

1. 2. 4. Structure psychique des patients obèses

Afin de répondre à ce questionnement autour de la structure psychique des patients obèses, nous étudions tout d'abord l'obésité du point de vue de l'expérience des personnes. Puis, nous abordons les stéréotypes et les représentations liées à l'obésité.

1. 2. 4. 1. « L'“obèse“ n'existe pas. Il n'y a pas de structure psychique d'obèse. Et personne ne se résume à son poids...» (Grangeard, 2012, p. 9).

Cette affirmation de C. Grangeard nous permet d'introduire la réflexion sur la personne souffrant d'obésité. Il nous semble, à ce moment de notre réflexion, important de nous adresser à l'expérience de vie des personnes obèses car qui mieux qu'elles peuvent nous exprimer leur vécu. Dans ce chapitre, nous prenons appui sur l'étude de M. Charmillot et al. (2011) qui, à travers des récits d'expériences et d'entretiens de recherche, questionnent l'expérience des personnes obèses. L'étude tente de répondre ainsi à différentes questions :

« Comment l'obésité est-elle définie par les personnes concernées ? S'inscrit-elle dans une rupture ou dans un parcours de vie ou davantage dans un continuum ? Est-elle envisagée comme une chose à combattre ou comme un événement potentiellement porteur de sens ? La personne malade a-t-elle le sentiment de subir sa maladie ? Pense-t-elle avoir des ressources pour y faire face et quelles sont ces ressources (...) ? » (p. 686)

Après analyse des récits d'expériences, cinq thèmes sont apparus pour caractériser l'expérience de vie de la personne obèse.

1. 2. 4. 1. 1. « Est obèse qui se sent obèse » (Ibid., p.688).

Le premier thème expose la place de la perception de soi dans l'identité de la personne obèse : « *est obèse qui se sent obèse* » (Ibid., p.688). Il apparaît que l'obésité du point de vue des patients est une expérience de soi, elle n'est pas en lien avec le poids réel mais bien avec la perception de soi.

Toutes les personnes “classées” obèses ne se sentent pas obèses. Le terme obésité est emprunt de représentations qui conditionnent le vécu individuel. Une personne témoigne de sa représentation de l'obésité et de son manque de reconnaissance propre dans ce terme :

« Pour moi, l'obésité, c'est vraiment quelqu'un qui ne peut plus se déplacer, qui ne peut pas faire deux-trois pas. Qui est handicapé par rapport à son poids. Moi, je ne pense pas que je sois handicapée, je peux quand même soulever des meubles, je peux quand même aller sur le vélomoteur, ... » (Ibid., p. 688).

Une autre personne témoigne de son désaccord avec le classement "obésité-maladie chronique", elle dit :

« C'est ce qui mène à l'obésité qui est une maladie. L'obésité c'est le résultat. (...) Moi, je travaillais en toxicomanie, quand je travaillais comme infirmière, et j'ai toujours dit, bien sûr la toxicomanie, comme l'obésité, comme l'alcoolisme, c'est grave, c'est un grave problème de santé, sauf que c'est un résultat d'autre chose. » (Ibid., p.688).

Cette personne met l'accent et nous interpelle sur l'importance de ne pas négliger le processus qui conduit à l'obésité, processus pathologique, plutôt que de se focaliser sur l'obésité et la perte de poids.

1. 2. 4. 1. 2. « L'obésité comme reflet du psychisme » (Ibid, p.688).

Le second thème présente l'influence de la sphère psychique sur le phénomène de l'obésité : *« l'obésité comme reflet du psychisme » (Ibid, p.688)*. Les personnes interviewées perçoivent l'obésité comme un lieu de refuge pour maintenir une stabilité psychique, une protection contre l'environnement anxiogène et envahissant, un ancrage pour rester en vie. Une personne nous explique avec lucidité ce phénomène : *« Là maintenant, être grosse, c'est une protection, c'est un refuge, même si ça me pourrait la vie. (...) Mon problème psychique, c'est lui que je suis entrain de régler pour que, justement, quand je maigrirai je puisse rester vivante. » (Ibid., p.688)*. Pour certaines personnes, la résolution des problématiques psychiques est un préalable à toute recherche d'amaigrissement. L'obésité comme enveloppe protectrice n'est pas un mythe, c'est un phénomène bien réel, perçu avec lucidité par certains patients obèses.

Dans leur étude, A. Appart and al. (2007) décrivent aussi ce rôle protecteur de l'obésité, le poids des kilogrammes devenant comme un endroit à l'intérieur de soi où la personne peut se réfugier en cas de difficulté, comme une *« carapace qui protège le sujet et lui permet d'être dans le déni d'événements de vie stressants » (p.157)*.

1. 2. 4. 1. 3. Désir de guérison

Le troisième thème s'adresse à la représentation de l'obésité dans notre société. L'obésité est clairement identifiée comme *« maladie polyfactorielle chronique difficilement réversible » (Bout, 2011, p. 2)* et se pose alors la question de la guérison : *« Peut-on guérir de l'obésité ? » (Charmillot et al., 2011, p.688)*. La maladie chronique offre peu de perspectives de guérison et cela peut questionner les patients obèses. Une personne témoigne de son inquiétude sur le

paramètre d'irréversibilité de l'obésité : « *La notion de maladie chronique, elle est existante, ça c'est indéniable, mais dans maladie chronique, je vois peu le mot guérison.* » (Ibid., p. 688). Dans cette même logique, une autre personne témoigne de son impuissance face au corps médical qui ne semble considérer que son poids et son IMC. Pour elle, l'obésité n'est pas une question de poids mais bien une question de personne dans son entièreté. Elle décrit :

« *Vis à vis de votre question du corps médical (...) je n'ai pas ressenti cette aide là. Leur seul critère, c'est de perdre du poids et rester stable. (...) Ce n'est pas quand on perd du poids qu'on n'est plus obèse. (...) Perdre du poids et en reprendre, c'est ce que j'ai connu toute ma vie. (...)* » (Ibid., p.189).

1. 2. 4. 1. 4. La maladie "obésité" comme expérience de vie

Le quatrième thème abordé est l'apport de la maladie dans la vie de la personne : « *la maladie m'a construite* » (Ibid., p.689), tous les patients interviewés décrivent une souffrance porteuse de sens, qui permet de modifier son regard sur la vie et sur soi. Il est bien nommé que la souffrance est là, que le parcours est laborieux mais semble apparaître comme utile au changement. Une personne témoigne ainsi : « *j'ai beaucoup appris sur moi-même.(...) c'est vrai qu'on découvre beaucoup de choses, et que maintenant, je vois peut-être différemment les choses (...)* » (Ibid., p.689). Pour certaines personnes, l'obésité est totalement intégrée à leur parcours de vie et devient une expérience de vie constructive. Une personne nous partage son questionnement : « *Pour moi, dans le cadre de l'obésité, c'est un cheminement de vie qui nous amène peut-être à voir les choses différemment* » (Ibid., p.688-689). Le changement de regard sur soi, sur les autres et sur l'environnement semble être un facteur important de résolution de la problématique de l'obésité.

1. 2. 4. 1. 5. Effets de la « Stigmatisation » (Ibid., p.689),

Le dernier thème apparu nomme le phénomène de « *stigmatisation* » dont souffrent les personnes obèses (Ibid., p.689). Ce phénomène est tout d'abord abordé du point de vue médical, où les maux du corps semblent reliés, systématiquement par le médecin, à la « *grosseur* ». Une personne témoigne avec sincérité de son absence de suivi médical suite à l'incompréhension de son médecin :

« *Je ne vais pas chez le médecin parce que l'idée de me faire dire : "mais madame, si vous n'étiez pas grosse, vous n'auriez pas mal au dos", j'ai pas envie de payer pour me faire dire cela, ça, je le sais.* » (Ibid., p.689).

Une autre personne rapporte le sentiment de honte qu'elle a vécu à l'hôpital : « *Un jour, j'ai dû aller à l'hôpital et les médecins ont décidé d'investiguer pour ne pas passer à côté d'un œdème pulmonaire et j'ai dû me déshabiller et là, j'ai eu la honte de ma vie.* » (Ibid., p.689). Nous ne pouvons faire la part de la discrimination réelle et de la stigmatisation perçue chez ces personnes, nous étudierons plus profondément ces phénomènes dans un chapitre ultérieur.

Nous concluons ce chapitre par les attentes formulées spontanément par les personnes obèses témoignant dans l'étude :

- « *Ce que j'aimerais dire aux personnes qui ne sont pas concernées par l'obésité, c'est que l'aspect physique ne fait pas tout. (...) savoir écouter, (...) ne pas mettre d'étiquettes, (...) il faut, je pense connaître un peu le milieu et savoir un peu s'ouvrir aux autres ;*
- *Ceux qui ne sont pas concernés, s'ils connaissent une personne qui souffre d'obésité dans leur entourage, il faut, de quelque manière que ce soit, la soutenir dans sa démarche (...) Il faut éviter le côté accusateur, le côté jugement ;*
- *Pour les personnes qui souffrent d'obésité, je leur dirai de suivre leur parcours de vie. (...) d'essayer de comprendre où et surtout pourquoi elle mangent. (...) savoir que de toute manière, c'est long.* » (Ibid., p. 689).

Nous voyons nettement à quel point ces personnes sont en souffrance de ne pas être écoutées, de ne pas être soutenues, d'être « mal » regardées, d'être jugées et « étiquetées ». Ces témoignages nous révèlent aussi leur désir de trouver une solution à leur obésité, de guérir, tout en sachant que le chemin est long et difficile.

1. 2. 4. 2. Stéréotypes et représentations concernant l'obésité

Dans ce chapitre, nous abordons les stéréotypes sociétaux puis les représentations des personnes obèses sur elles-mêmes, les croyances de santé, les représentations des soignants et enfin les représentations concernant la notion de poids idéal.

1. 2. 4. 2. 1. Stéréotypes sociologiquement reconnus

T. de Saint Pol (2013) présente les stéréotypes psychologiques sociologiquement reconnus associés à l'obésité : « *L'obésité est ainsi associée à de nombreux stéréotypes psychologiques, allant de la paresse à la bêtise ou au laisser aller. On observe ainsi un glissement de la responsabilité du corps à la culpabilité.* » (p. 22). L'obésité est trop souvent associée à une négligence de soi et de son corps. Certaines personnes obèses sont elles-mêmes empreintes de

ces stéréotypes et cela peut être à l'origine d'émotions et sentiments négatifs des personnes par rapport à elles-mêmes. Ces allant de soi se trouvent confortés par les représentations inverses s'adressant aux personnes minces. La minceur est très prisée, médiatisée et valorisée, elle représente une personne forte, digne, valable et fiable. Cette survalorisation de la minceur renforce ainsi les sentiments opposés pour la grosseur :

« La minceur n'est pas seulement présentée comme attrayante mais elle est aussi associée au suivi d'un régime restrictif et, en conséquence, à la mesure, à l'effort, à la discipline et au soin que l'on porte à soi-même. En revanche, la grosseur est considérée physiquement et moralement comme peu saine, obscène, propre aux fainéants, aux relâchés et aux gloutons. » (Gracia, Contreras, 2008, p.66).

1. 2. 4. 2. 2. Représentations des patients obèses

Bien heureusement, certains patients obèses se perçoivent tout autrement. Dans leur étude, V. Barthassat et al. (2008) décrivent des représentations positives de certains patients :

- *« être gros, c'est être fort*
- *perdre du poids, c'est être malade,*
- *l'embonpoint, c'est une richesse, une réussite sociale*
- *être gros me protège*
- *pour maigrir, il faut se priver et souffrir » (p. 849)*

Ces représentations sont une source de protection contre les sentiments et émotions négatives vis à vis de soi.

1. 2. 4. 2. 3. Croyances de santé

Ces représentations positives de soi sont complétées par les croyances en matière de santé. Comme nous l'avons vu précédemment dans le témoignage des patients, certains d'entre eux ne se considèrent pas comme malades et encore moins victimes d'une maladie sérieuse. Parmi les croyances, nous en trouvons plusieurs s'adressant à différentes perceptions de la maladie :

- *« Perception de la maladie : L'obésité n'est pas considérée comme une maladie par le patient ;*
- *Perception de la sévérité de la maladie : les complications sont généralement silencieuses et ne le concernent pas ;*
- *Perception des bénéfices du traitement : les traitements ne marchent pas (95% d'échecs des régimes) ;*
- *Perception des obstacles au traitement : le coût psychologique d'un régime ne surpasse pas le bénéfice escompté. » (Ibid., p.849)*

Cet état de fait peut cependant avoir des effets néfastes pour la personne elle-même, notamment quand elle engage le pronostic vital. V. Barthassat and al. (2008) expliquent : « *Le patient obèse devrait réaliser que l'obésité est une maladie sérieuse avec des complications qui peuvent compromettre son projet de vie, (...)* » (p. 849). Il est aisé de comprendre que ces croyances et représentations protectrices de l'estime de soi et des sentiments négatifs vis-à-vis de soi peuvent aussi être un frein à la prise en charge thérapeutique et à l'observance.

1. 2. 4. 2. 4. Représentations des soignants

Concernant les représentations des soignants, elles sont tout aussi empreintes des représentations sociales et se combinent aux perceptions d'un patient difficile, peu observant, récidivant et parfois maltraitant autant à son égard qu'à l'égard du personnel soignant. V. Barthassat et al. (2008) : « *Pourquoi les soignants penseraient-ils différemment que la majeure partie de la population ? Les représentations professionnelles sont aussi chargées. Le patient obèse est un patient difficile, un échec annoncé, grevé d'une grande morbidité, (...).* » (p. 850-851). L'obésité sévère et morbide véhicule d'autres sentiments et représentations en lien avec les représentations liées à la morbidité, les soignants sont alors confrontés à leurs propres appréhensions et représentations et la résonance sur leur propre mort.

1. 2. 4. 2. 5. Notion de poids d'équilibre ou set-point

Malgré tout ce que nous venons de voir concernant les régimes et ses effets néfastes sur la santé, certains patients obèses en prise avec des émotions négatives et/ou la restriction cognitive s'engagent dans des régimes extrêmes avec des objectifs de poids inatteignables. La notion de set-point ou poids d'équilibre est peu développée, elle représente pourtant un espoir pour toute personne en surpoids ou obèse. Chaque personne a son poids d'équilibre qui lui correspond intérieurement et biologiquement, cette réalité est malheureusement peu développée et ne fait pas partie des représentations sociales largement véhiculées. Ceci a pour effet comme le disent G. Apfeldorfer et J.P. Zermati (2004) de créer des restrictions parfois bien inutiles « *Bon nombre de personnes en surpoids tentent de rester en dessous de leur poids d'équilibre (set-point) et sont obligées pour cela de se restreindre sur le plan alimentaire.* » (p. 1576) ce qui a des effets sur la santé physique, psychique et relationnelle : « *On retrouverait chez elles les comportements et états mentaux des personnes en état de*

privation alimentaire : focalisation sur la nourriture, difficultés de concentration, distractibilité, irritabilité et hyperémotivité. » (Ibid., p. 1576).

1. 2. 4. 2. 6. Théories psychogènes et obésité

Pour conclure ce chapitre sur la structure psychique des patients obèses, nous analysons les différentes hypothèses psychopathologiques de l'obésité sous la forme d'un tableau de synthèse des différentes théories réalisé par Y. Corminboeuf et V. Giusti (2014), nous y ajoutons une référence aux années où les théories ont vu le jour, afin de remettre les visions de la personne obèse dans leur contexte :

Tableau n° 2 : Hypothèses psychopathologiques de l'obésité (tableau modifié)

Auteurs	Vision/conception de la personne obèse
S. Freud (1856-1939)	Un nourrisson avide
P. Jeammet (contemporain)	Un dépendant en lutte contre lui-même
H. Bruch (1904-1984)	Un sensible confus
Psychosomatique	Personne "lisse", sans colère
J. Bergeret (env 1950)	Mangeur compulsif et impulsif
C. Fairburn (contemporain)	Un honteux en quête de maigrir
C. Fairburn (contemporain)	Ex-boulimique en échec, épuisé
G. Apfeldorfer (contemporain)	"Eponge" hypersensible
H. Seyle (1907-1982)	"Je stresse donc je mange"
H. Seyle (1907-1982)	Un traumatisé sous haute protection
DSM-5 (2013)	Troubles du comportement alimentaire non spécifié
CIM-10 (2014)	Maladie endocrinienne, nutritionnelle et métabolique

Nous voyons à quel point il est complexe de définir une origine psychopathologique à l'obésité, c'est ainsi que G. Apfeldorfer et J.P. Zermati (2004) nous confirment qu'il n'existe pas de profil de personnalité "obèse" et que les théories psychogènes de l'obésité sont remises en question :

« Les études menées sur des échantillonnages de population générale ne parviennent pas à faire émerger de caractéristique propre aux obèses : ceux ci ne sont pas plus névrotiques, ou anxieux, ou dépressifs que les normo-pondéraux et n'ont pas de profil de personnalité caractérisable. Dès lors, les théories psychogènes de l'obésité tombent peu à peu en désuétude. » (p. 1576).

Nous avons vu comment la notion d'obésité a évolué dans notre société, de la corpulence à l'obésité comme une maladie chronique, comment notre société vit avec ce *nouveau fléau* et

quelles sont les différentes facettes de cette pathologie complexe et plurifactorielle. Nous nous sommes questionnés sur la structure psychique du patient obèse.

Nous allons maintenant faire un état des lieux des modèles de prise en charge des patients obèses en France.

1. 3. Problématiques de vie rencontrées par les personnes obèses et étudiées dans cette recherche

Dans ce chapitre, nous abordons les problématiques de vie rencontrées par les personnes obèses, nous évaluerons les effets des approches à médiation corporelle sur les différentes problématiques. Nous en retrouvons quatre, à savoir l'estime de soi, les stratégies d'adaptation au stress, la qualité de vie et l'observance thérapeutique.

1. 3. 1. L'estime de soi des patients obèses

La première problématique rencontrée par les patients obèses est la faible estime de soi. C'est, selon l'enquête réalisée par G. Apfeldorfer (2009), le principal motif de consultation chez les personnes obèses. : « *Les personnes obèses ont une estime de soi dégradée et rétablir cet estime de soi constitue la première motivation à consulter.* » (p. 136).

1. 3. 1. 1. Définition de l'estime de soi

L'estime de soi correspond à la valeur que la personne se donne à elle-même, elle dépend de la confiance en soi autrement dit « *suis-je capable de ?* », de l'amour de soi c'est-à-dire « *suis-je aimable ?* » et de la vision de soi qui correspond à « *suis-je quelqu'un de bien ?* ». La personne se fait ainsi une opinion d'elle-même sur différents plans : physique, psychique et social : « *(...) sur le plan physique (apparence, habiletés, endurance), sur le plan intellectuel (capacités, mémoire, raisonnement) et sur le plan social (capacités à se faire des amis, charisme, sympathie).* » (Duclos and al., 2002, p.8-9)

Ainsi, comme le dit C. André (2005), l'estime de soi intervient dans la relation que la personne entretient avec elle-même et devient un élément clé de sa personnalité : « *L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité, placée au carrefour de trois composantes essentielles du Soi : comportementale, cognitive et émotionnelle.* » (p. 26).

Nous pouvons résumer la définition de l'estime de soi ainsi : « *L'estime de soi ne fait pas référence à "qui je suis" mais à "ce que je vauX", elle est une évaluation de soi chargée affectivement* » (Famose et al., 2009, p.19).

1. 3. 1. 2. Rôles de l'estime de soi

Nous retenons trois rôles principaux de l'estime de soi. Le premier est en lien avec la confiance en soi, il révèle la capacité de la personne à entrer dans l'action et à se considérer comme capable de réussir. La confiance en soi est renforcée par les capacités d'autocontrôle de la personne. C. André, (2005) nous décrit ce lien :

« un lien étroit entre estime de soi et capacités d'autocontrôle a été souligné par plusieurs équipes : on définit l'autocontrôle par la capacité d'un sujet à s'engager dans des conduites (...) qui vont lui apporter des bénéfices à long terme (...) malgré l'absence de bénéfices à court terme, voire même des inconvénients immédiats. » (p. 28).

Les patients obèses ayant une mésestime d'eux-mêmes perdent cette capacité à s'engager efficacement sur le long terme dans une action, c'est un élément clé de la compréhension du manque d'observance thérapeutique des patients obèses.

Le second rôle attribué à l'estime de soi révèle la capacité de la personne à affronter de manière positive les difficultés. Cette fonction de l'estime de soi est en lien avec la capacité de la personne à gérer le stress et à avoir des stratégies adaptées pour trouver des solutions. Elle fonctionne comme un *système immunitaire du psychisme* : « *l'estime de soi a pu être comparée à un véritable "système immunitaire du psychisme" : tout comme notre immunité biologique nous protège des agressions microbiennes ou virales, une des fonctions de l'estime de soi serait de nous protéger de l'adversité* ». (Ibid., p. 30).

Le troisième rôle de l'estime de soi est en lien avec le bien-être émotionnel. En effet, une estime de soi élevée s'associe à une stabilité émotionnelle, la personne n'est pas victime du regard des autres, elle n'est pas soumise aux situations de vie négatives, elle se sent aimée et aimable. C. André (2005) décrit ce phénomène : « *le bien-être et la stabilité émotionnelle d'un sujet sont en effet très dépendants de son niveau d'estime de soi* » (p.30).

1. 3. 1. 3. Rôle des comparaisons sociales

Il est important de noter que l'estime de soi est sous l'influence des comparaisons sociales comme l'énonce C. André (2005) :

« les comparaisons sociales sont globalement très impliquées dans les efforts de régulation de l'estime de soi : en cas de difficulté, les sujets à haute estime de soi se comparent plus volontiers vers le bas ("il y a pire que moi") tandis que ceux à basse estime de soi s'enfoncent en comparant vers la haut ("beaucoup de personnes sont meilleures que moi") » (p.27).

Ce trait de personnalité a tendance à s'accroître en fonction de l'environnement social de la personne et des événements qu'il y vit. C. André la compare à un *sociomètre*, l'estime de soi s'ajustant en fonction des expériences subjectives vécues : *« le niveau d'estime de soi est très étroitement corrélé aux expériences subjectives d'approbation ou de rejet par autrui. Plus le sujet pense qu'il est l'objet d'une évaluation favorable par les autres, plus cela améliore son estime de soi. » (Ibid., p. 27).* Nous voyons ici nettement quelles peuvent être le rôle et la place de la stigmatisation et de la discrimination dans l'atteinte de l'estime de soi des patients obèses.

1. 3. 1. 4. Déficience de l'estime de soi des patients obèses

La personne souffrant d'obésité présente des troubles de l'estime de soi, comme nous l'avons exposé précédemment. Cette déficience est définie par L.J. Carpenito (2003) comme : *« la situation où une personne éprouve des sentiments négatifs face à soi-même » (p.88).* Les manifestations de ces troubles de l'estime de soi peuvent prendre différentes formes comme l'autodépréciation, le sentiment d'être incapable, la honte, le rejet des remarques positives, la culpabilité, la peur de la nouveauté, l'hypersensibilité en lien avec le regard des autres, le rejet de la responsabilité des problèmes sur autrui, le manque de persévérance, le manque d'observance ou encore le *« repli sur soi ou la réticence à parler de ses soucis, l'autocritique excessive ou le déni des difficultés, l'évitement du problème. » (André, 2005, p. 28).*

Nous voyons ici la nécessité de proposer des prises en charge permettant la restauration de l'estime de soi. Cela influence, dans le même temps, d'autres paramètres du bien-être comme la capacité à se révolter contre la stigmatisation, à améliorer ses stratégies d'adaptation au stress, à augmenter son autocontrôle et ainsi l'observance thérapeutique ou encore à améliorer sa qualité de vie et sortir de l'isolement social.

1. 3. 2. Le stress et les stratégies d'adaptation des patients obèses

Dans la société actuelle, les personnes obèses ne sont pas épargnées par le stress, et comme nous l'avons vu précédemment un stress social lié à la discrimination et la stigmatisation.

1. 3. 2. 1. Définition du stress

Le stress a fait l'objet de nombreuses études, il a tout d'abord été défini par H. Selye (1956) qui décrit le syndrome général d'adaptation : « *le stress est conçu comme une réponse indifférenciée de l'organisme à un événement ou une situation aversive* » (Ville et al., 1996, p. 118). Ce syndrome comprend trois phases réactionnelles à une situation stressante, la phase d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement. Cette théorie a été remise en question dans les années 1970, la réaction de stress a été mise en lien avec l'état émotionnel qu'induit l'agent stressant : « *il n'y a donc pas de causalité linéaire entre les agressions externes et les réactions de stress. Entre les deux se trouve un sujet qui perçoit, évalue la situation, les ressources dont il dispose, met en place des stratégies.* » (Ibid., p. 118). La place du sujet est ainsi au centre de la réaction de stress, l'évaluation qu'il fait de la situation joue un rôle capital dans l'intensité de la réaction et dans sa durée.

1. 3. 2. 2. Paramètres influençant la réaction de stress

Dans cette vision de la réaction de stress, le sujet peut ainsi modifier sa réaction, la réguler en fonction de différents paramètres. Le premier paramètre identifié est le sentiment de pouvoir contrôler la situation. Quand la personne est animée de ce sentiment, cela favorise la "bonne" réaction de stress, elle se sent capable de gérer la situation et la perçoit comme stimulante plus que menaçante : « *le sentiment de pouvoir contrôler les événements peut contribuer à percevoir les situations aversives comme stimulantes plutôt que comme menaçantes et permettre de résister au stress* » (Ibid., p. 118).

Le second paramètre repose sur la connaissance ou la reconnaissance de la situation. En effet, une situation déjà vécue, donc reconnue, génère une réaction de stress moins importante qu'une situation totalement nouvelle et imprévue. La connaissance par anticipation de la situation est aussi un élément clé de la gestion du stress : « *On a pu montrer qu'un apport d'informations réduisant l'incertitude de la situation contribue à diminuer l'anxiété dans diverses situations.* » (Ibid., p. 118).

1. 3. 2. 3. Stress et Anxiété

L'anxiété est définie par le Nanda International (2013), dans les diagnostics infirmiers, comme : « *un vague sentiment de malaise, d'inconfort ou de crainte accompagné d'une réponse du système nerveux autonome ; sa source est souvent non spécifique et inconnue pour*

la personne. Sentiment d'appréhension généré par l'anticipation du danger. » (p. 393). L'anxiété est une réponse à un stress perçu plus ou moins conscient et plus ou moins réel qui véhicule une forme de malaise dû à une réaction du système nerveux autonome. L'événement source du stress est perçu de manière négative, voire dangereuse, le malaise physique s'accompagne ainsi d'émotions comme la peur, l'inquiétude, l'insécurité.

1. 3. 2. 4. Stratégies d'adaptation au stress des patients obèses

Les stratégies d'adaptation au stress plus couramment appelées *coping* sont différentes selon le stress perçu et l'anxiété qui l'accompagne. Le *coping* est défini comme l'« *ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique* » ((Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994, p. 100).

Trois stratégies d'adaptation sont couramment décrites, elles ont pour rôle de préserver l'équilibre et le bien-être d'une personne face à un événement négatif :

- Le coping centré sur l'émotion « *l'évitement, le déni ou au contraire la recherche des aspects positifs qui ont pour fonction de réguler la détresse émotionnelle* » (Ville et al., 1996, p.119)
- Le coping centré sur le problème : « *agir sur la situation, la gérer, voire la transformer* » (*Ibid.*, p. 119)
- Le coping social : « *la perte des liens sociaux, l'isolement, engendrent des réactions affectives violentes et des troubles psychosomatiques. (...) Plus que les ressources sociales objectives, c'est, là encore, la perception que les individus en ont et leur capacité à les rechercher et les obtenir qui semblent atténuer les effets du stress.* » (*Ibid.*, p. 118-119)

Ces stratégies se retrouvent dans des proportions nuancées chez les patients obèses. Dans leur étude, A. Rousseau et al. (2003) relève les stratégies mises en place par les femmes obèses françaises pour lutter contre la stigmatisation. La stratégie la plus fréquente est la « *fuite-évitement* » (p. 68), elle est utilisée pour 30,3% des personnes. La seconde stratégie est la « *passivité* » (*Ibid.*, p. 68), elle est décrite dans 23% des cas. Nous voyons ici comment le coping centré sur l'émotion est majoritaire chez les personnes obèses. À des degrés moindres, nous retrouvons les trois natures de stratégies en alternance, elles se présentent par « *la résignation, la tentative d'explications, l'agressivité, l'ignorance, la prise alimentaire, l'humour, la confrontation, l'émotivité et l'auto-accusation* » (*Ibid.*, p. 68) et dans les plus

faibles pourcentages « *la maîtrise de soi, la recherche de soutien social, la résolution de problème, l'esprit combatif, la prise médicamenteuse ou de drogue ou de tabac* » (Ibid., p. 68). Il est aisé ici de voir que la majorité des stratégies renforcent les troubles que nous avons vu précédemment. La fuite née de la discrimination renforce la stigmatisation et l'isolement social, la passivité renforce la mésestime de soi et ses effets de dévalorisation. Les stratégies plus constructives comme la recherche de soutien, la tentative d'explications ou l'humour ne sont que peu déployées, marquant ainsi un peu plus l'effet délétère de la stigmatisation sur les femmes obèses françaises.

Les conclusions de cette étude (Rousseau et al., 2003) ne manquent pas de préciser l'impact de ces différentes stigmatisations vécues sur le bien-être des personnes obèses, dans les dimensions de *bien-être émotionnel* et de *perception de soi* : « *L'impact des expériences de stigmatisation sur le bien-être perçu est corrélé significativement avec le stress perçu, l'insatisfaction corporelle et la dépression.* » (p.69).

1. 3. 3. La qualité de vie des personnes obèses

La qualité de vie des patients obèses est affectée par de nombreux facteurs, des facteurs socio-économiques mais aussi des *conséquences de son obésité* (Ziegler et al., 2014, p.305).

1. 3. 3. 1. Définition de la qualité de vie

Le concept de qualité de vie permet d' « *appréhender conjointement les différents éléments qui ont de l'importance dans la vie des personnes : qu'est ce qui fait mon bien-être ?* », selon la définition donnée par l'INSEE (2010).

La qualité de vie est ainsi définie par ses constituants. Les dimensions mesurées sont au nombre de neuf, elles concernent les conditions de vie matérielles, financières et professionnelles, la santé et l'éducation, la participation à la vie publique et le contact social, les insécurités économiques et physiques. Nous notons que ces dimensions concernent le bien-être objectif du patient.

Certaines études abordent la qualité de vie "ressentie" par le biais de quatre dimensions principales :

- « - *la satisfaction sur la vie en général,*
- *la satisfaction sur des aspects spécifiques comme le niveau de vie, les relations personnelles, les services publics ;*
- *la confiance que l'on a dans l'avenir ou celle que l'on accorde aux autres individus, aux institutions, etc. ;*

- *la cohésion sociale, mesurée par les tensions perçues entre groupes sociaux, par âge, par catégorie sociale, selon le revenu, les origines géographiques, etc.* » (Albouy et al., 2010, p. 100).

1. 3. 3. 2. Impacts des conditions de vie sur les autres dimensions de la qualité de vie

Certains aspects de la qualité de vie conditionnent les autres comme les conditions de vie en lien avec le niveau de vie. En effet, les personnes ayant un faible niveau de vie présentent une cascade d'effets en lien avec ce critère majeur de la qualité de vie. Le faible niveau de vie induit par nature des contraintes financières. Il est souvent dû au faible niveau de qualification des personnes et engendre une dégradation de la santé (logement insalubre, alimentation de survie) :

« En moyenne, les personnes d'un niveau de vie faible sont donc désavantagées dans toutes les dimensions. Elles font face à une plus grande contrainte financière (par définition) mais aussi à des conditions de vie matérielles nettement moins bonnes, une santé plus dégradée et un niveau d'éducation plus bas. » (Albouy et al., 2010, p. 105).

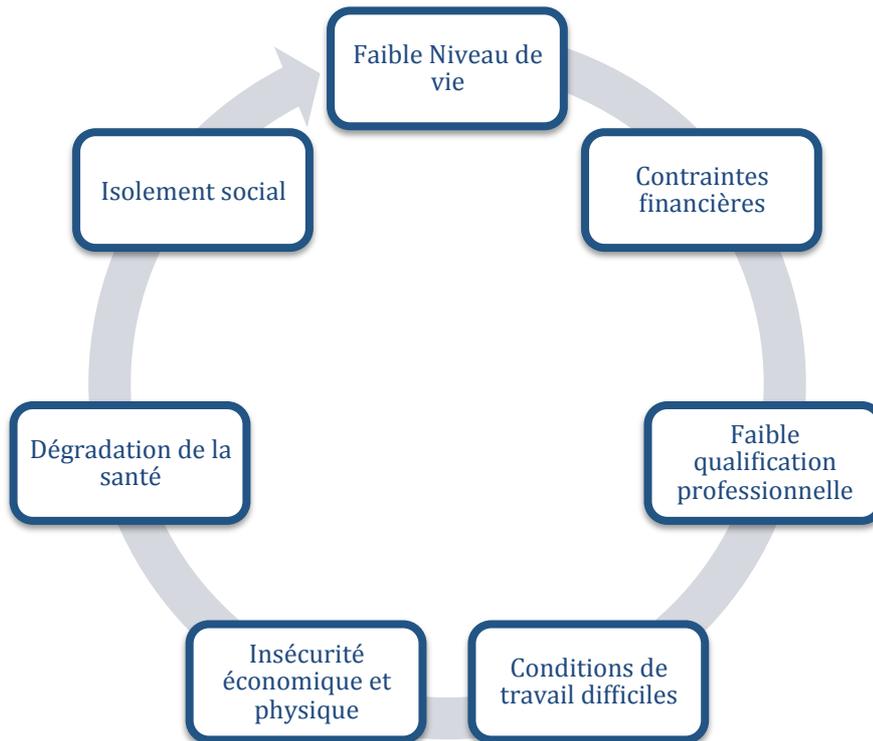
Ces faibles conditions de vie ne se limitent pas à des effets sur la vie personnelle, mais englobent aussi la vie professionnelle. Un niveau de faible qualification entraîne des tâches professionnelles souvent plus physiques, plus répétitives et moins créatives que les tâches professionnelles plus qualifiées : *« Elles ont aussi en moyenne des conditions de travail plus difficiles (...) »* (Ibid., p. 105).

Les personnes à faible niveau de vie sont aussi dans une incertitude financière et une insécurité physique de part leur lieu d'habitation souvent reconnue "zone sensible" : *« (...) des niveaux de sécurités économique et physique plus faibles (...) »* (Ibid., p. 105).

Le dernier élément de la cascade dû au faible niveau de vie est la vie relationnelle. Les personnes ont moins de contact car les contraintes financières imposent une manière de vivre, avec notamment, moins de loisirs et aussi une stratégie de vie qui est basée sur l'urgence de vie plus que sur la qualité de vie elle-même : *« (...) moins de contacts avec autrui et sont plus en retrait de la vie publique. »* (Ibid., p.105).

Nous pouvons résumer cette cascade dans le graphique suivant :

Graphique n° 2 : Cascade d'effets influençant la qualité de vie



1. 3. 3. 3. Conséquences de l'obésité sur la qualité de vie des patients obèses

Comme nous l'avons vu dans le chapitre sur les inégalités sociales en matière d'obésité, les personnes souffrant d'obésité sont des populations vulnérables sur le plan socio-économique (Basdevant, 2008), elles sont aussi de faible niveau de qualification (de Saint Pol, 2013). Les patients obèses se retrouvent totalement dans la cascade d'effets diminuant la qualité de vie des personnes que nous venons de décrire : fortes contraintes financières, professionnelles, économiques et physiques, dégradation de la santé et isolement social.

O. Ziegler et al. (2014) décrivent cette atteinte de la qualité de vie des personnes obèses. Il présente cette atteinte sous la forme de retentissements négatifs de son obésité : « *Le sujet souffre des conséquences fonctionnelles de l'obésité, sa qualité de vie se dégrade dans ses trois dimensions, somatique, psychique et sociale.* » (p.305). Il décrit un discrédit secondaire affectant la qualité de vie des personnes obèses, il s'agit du regard jugeant des soignants mal informés :

« Mais le degré de handicap est insuffisamment reconnu par les professionnels de santé, le patient étant souvent tenu comme moralement responsable de son excès de poids d'une part et de l'échec du traitement d'autre part : "c'est de sa faute, il n'a qu'à maigrir pour aller mieux", considèrent avec naïveté certains soignants » (Ibid., p. 305).

Nous retrouvons ce phénomène que nous avons traité dans le chapitre sur les dimensions interpersonnelles du bien-être subjectif, dans le processus de stigmatisation inconscient de certains soignants.

1. 3. 4. L'observance thérapeutique des patients obèses

La quatrième problématique que nous allons questionner, concernant les problématiques de vie des patients obèses est la notion d'observance thérapeutique et plus particulièrement le phénomène de non-observance thérapeutique. Ce phénomène est fréquent pour les personnes souffrant de maladie chronique : « *Il s'agit surtout de maladies chroniques, silencieuses, sans symptôme ou ayant des symptômes auxquels on s'habitue, ayant un traitement davantage préventif que curatif.* » (Reach, 2006, p. 412) Le manque d'observance se retrouve dans les troubles du comportement alimentaire mais aussi dans l'absence de suivi médical de certains patients obèses. Il est très lié aux différents facteurs favorisant l'obésité tels que la précarité ou la dépression. G. Reach (2006) décrit ce phénomène :

« Par exemple, un état de précarité sociale ou de dépression peut expliquer que le patient ne puisse être observant à des mesures dont les bénéfices relèvent souvent du long terme, alors que du fait de son état de précarité, il a du mal à penser à l'avenir. » (p. 412).

La précarité et l'urgence vitale qui en découle, expliquent à elles seules le manque d'observance thérapeutique lié à l'absence de projection dans un avenir à long terme.

1. 3. 4. 1. Définition de l'observance thérapeutique

L'observance thérapeutique est définie par P. Jacquin et M. Levine (2008) comme : « *l'importance avec laquelle les comportements d'un individu coïncident avec les conseils médicaux et de santé* » (p.90). Ces auteurs la présentent dans son rapport aux comportements de santé de la personne et dans la capacité d'un patient à observer les conseils médicaux. M. Formarier et L Jovic (2009) complètent cette définition en introduisant la notion de résultats, nous verrons comment la quête d'un résultat immédiat est un facteur de non-observance, les notions de prescription et de programme thérapeutique. L'observance est :

l'« adoption par une personne d'un comportement pourvoyeur de résultats escomptés potentiellement positifs, en accord avec la prescription ou le conseil d'un professionnel de santé. Le changement induit peut concerner un comportement de santé ou un programme thérapeutique dans le cadre d'une pathologie. » (p. 208).

Le manuel des diagnostics infirmiers (Nanda International, 2013) élargit ces définitions et introduit le rôle de l'environnement dans le phénomène de non observance. En effet, l'environnement social (précarité, logement) et humain (famille, amis, médecins) crée un climat plus ou moins favorable à l'observance. La définition la plus complète de la non observance est ainsi :

« Le comportement de la personne ou d'un aidant naturel non en accord avec le programme de traitement ou de promotion de la santé, convenu entre la personne (ou la famille ou la collectivité) et le professionnel de santé ; en présence d'un accord mutuel, le comportement de la personne peut être partiellement conforme ou non conforme au programme et peut compromettre les résultats cliniques escomptés » (p.443).

1. 3. 4. 2. Non observance et pathologie chronique

Le risque de non observance thérapeutique est réel dans les pathologies chroniques mais est difficile à aborder directement avec la personne. Souvent, le patient n'a pas conscience de son manque d'observance, l'observation du soignant sera primordiale en fonction d'indicateurs de résultats, elle portera sur : *« les comportements indiquant que la personne n'adhère pas (...) stagnation ou prise de poids (...) difficulté de compréhension ou d'organisation »* (Fedor, Leysse-Ouvrard, 2010, p.18) ou de manière plus visible par le *non respect des rendez-vous*, l'absence de *motivation*, l'absence de *progrès dans ses capacités personnelles*, le manque de *connaissance des programmes thérapeutiques* (Nanda International, 2013, p.443).

L'observance thérapeutique est un acte qui dure dans le temps de manière parfois illimitée dans les pathologies chroniques. Les programmes thérapeutiques sont adaptés, ajustés au patient et à l'évolution de sa maladie mais malgré tout, la temporalité est un facteur déterminant dans la non observance comme nous l'avons vu avec G. Reach (2006). Ce même auteur précise, en 2009, que, dans les maladies chroniques, un élément du programme de soins s'adresse au traitement du risque des complications. Parfois, c'est à ce niveau que se situe la non observance. En effet, la notion de traitement du *risque* peut être perçue de deux manières par les patients : de manière positive et préventive entraînant une observance thérapeutique ou de manière négative et contraignante entraînant une non observance thérapeutique. La prise de *risque* de certains patients repose sur l'idée que le risque ne devient pas toujours une réalité : *« une prise de risque pourrait représenter une façon de décrire la non observance de nos patients qui peuvent se dire, qu'après tout ils pourraient échapper aux complications de leur maladie chronique »*. (Reach, 2009 p. 90).

Les représentations en lien avec la maladie chronique comme les chances de guérison, l'évolution de la maladie, la rigueur du programme thérapeutique proposé et son efficacité supposée sont aussi des facteurs déterminants de l'observance : *« l'observance thérapeutique, processus difficile à analyser, dépend en début de traitement de l'idée que les patients se font de l'efficacité du régime et à mesure que le temps passe des contraintes qu'il impose. »* (INSERM, 2006, p. 147).

1. 3. 4. 3. La non observance des patients obèses est un phénomène complexe

Un des exemples les plus marquants de la non observance inconsciente des patients obèses repose sur le comportement alimentaire. Pour le décrire, nous prenons appui sur l'étude de S. Andrieux and al. (2014) : *« Ces obèses qui ne mangent pas »*. Partant du constat que certains patients obèses prennent du poids alors même qu'ils sont en franche restriction alimentaire, ces auteurs ont étudié ce qu'ils considèrent comme une *« impasse thérapeutique »* (p. 163) : *« un patient grossit alors qu'il ne mange pas »*.

Ce phénomène est en partie lié au fait que la mémorisation de la prise alimentaire n'est pas naturelle : *« L'être humain n'est pas fait pour mémoriser ce qu'il mange (...) les prises alimentaires automatisées (...) troubles du comportement alimentaire non spécifié (...) »* (Ibid., p. 167-168). Il est ainsi difficile d'évaluer les apports alimentaires et le comportement alimentaire surtout dans son versant pathologique.

Un facteur clé de la compréhension réside dans la notion de sous estimation de la prise alimentaire, celle-ci étant en grande partie due à la complexité du phénomène de restriction cognitive comme nous l'avons vu précédemment : *« cette situation illustre les tableaux de sous estimation qui seraient liés à la restriction cognitive du sujet. »* (Ibid., p. 163). Un des premiers actes de sous-estimation est lié aux apports énergétiques : *« des sujets dont les apports énergétiques rapportés sont inférieurs à la valeur correspondant à leur métabolisme de base, sous estiment leurs apports réels. »* (Ibid., p.164).

S. Andrieux and al. (2014) identifient différentes causes de sous estimation, nous retrouvons des causes inconscientes telles que le référentiel familial : *« Il suffit que votre père soit franchement hyperphage et que vous mangiez moins que lui pour vous considérer comme un "petit mangeur" »* (p.164) ou les représentations erronées du comportement alimentaire, ou des termes le désignant, comme le grignotage :

« Cette patiente qui ne se reconnaissait pas dans le grignotage : “jamais”. En revanche, elle reconnaissait spontanément et sans retenue, manger dans les moments difficiles du fromage ou de la charcuterie. (...) pour elle, “grignoter” signifiait “manger des chips et des biscuits” » (Ibid., p.165).

Une autre cause de la sous-estimation de la prise alimentaire relève d'un choix conscient du patient obèse et repose sur son sentiment de culpabilité. La sous-estimation fonctionne alors comme un système de protection contre les reproches, les remarques ou critiques qui, dans tous les cas, ne feraient que renforcer le système de culpabilité. Cette culpabilité est de plusieurs natures, culpabilité d'être obèse, d'être responsable de son obésité et de sa non observance des recommandations médicales. S. Andrieux and al. (2014) décrivent cet aspect de la sous estimation :

« Le sujet obèse qui consulte est un sujet qui souffre avant tout de la culpabilité d'être obèse. De sa condition, du stéréotype qu'il incarne mais aussi du sentiment de culpabilité d'être responsable de son excès de poids tout simplement parce qu'il ne suit pas les recommandations. » (p. 166).

La culpabilité n'est pas un sentiment anodin, il est important que la non observance thérapeutique soit traitée avec tact et délicatesse car les sentiments qui l'accompagnent sont souvent encore plus nocifs pour la personne elle-même : *« Cette culpabilité peut aller jusqu'à la honte et au dégoût chez certains, et va amener le patient à ne pas révéler certaines de ses prises alimentaires tant elle sont considérées par lui comme dégradantes. » (Ibid., p.167).*

Nous voyons à quel point la sous-estimation des prises alimentaires et la non observance qui en découle naturellement, est un phénomène complexe jouant un rôle dans différentes dimensions du bien-être des patients obèses comme l'estime de soi, la connaissance de soi, la gestion du stress et la qualité de vie des patients.

Nous ne reviendrons pas ici sur les conditions de la réussite thérapeutique exposées dans un chapitre précédent. Ces conditions favorisent l'observance et nous voyons à quel point l'alliance thérapeutique est ici indiscutable.

1. 3. 4. 4. Causes de non observance chez les patients obèses

G. Reach (2009) dans son étude sur l'observance thérapeutique décrit les phénomènes les plus fréquemment évoqués par les patients obèses pour ne pas adhérer aux conseils d'hygiène alimentaire qu'ils connaissent. Ils présentent de manière équivalente les conditions de travail et l'inefficacité de leur volonté, puis le manque d'attractivité des aliments d'une alimentation dite saine :

« chez des patients obèses, les raisons les plus souvent invoquées pour ne pas avoir une alimentation saine étaient : des horaires irréguliers au travail (29,7% des réponses), le manque de pouvoir de la volonté (29,7%), le fait que les aliments proposés ne sont pas attrayants (21,3%) » (p.76).

1. 4. Modèles de prise en charge des patients obèses et objectifs recherchés

La Haute Autorité de Santé a, dans le cadre de ses fonctions, énoncé des recommandations pour la prise en charge de personnes souffrant d'obésité (HAS, 2011). La prise en charge recommandée est différente selon l'IMC et la mesure du tour de taille de la personne.

Les objectifs de cette prise en charge sont présentés dans le rapport de l'INSERM (2006) : *« la perte de poids, le traitement des comorbidités, la stabilisation pondérale, la prévention de la prise de poids. »* (p. 139).

1. 4. 1. Notion de chaîne de soins

A. Basdevant (2009) médecin en service de Nutrition Clinique à Paris, a publié des propositions d'actions pour l'élaboration des conditions de prise en charge des personnes obèses dans les établissements de santé, il présente un "Plan d'action : Obésité-établissements de soins". Il rapporte l'importance de la *« chaîne de soins »* (p.2) permettant un suivi de qualité des personnes obèses, cette chaîne va du médecin généraliste aux médecins gérant la prise en charge des patients en établissement de santé. Il propose une amélioration des conditions d'accès aux soins, de la qualité de soins proposés aux personnes obèses et de la sécurité des personnes. En classifiant les différents intervenants en *« trois niveaux de recours »* (*Ibid.*, p.6), il permet aussi d'accéder à l'évolutivité de la maladie : du symptôme : *prise de poids* à la maladie chronique : *obésité*. Ces différents niveaux de recours sont importants et permettent de mieux situer ma recherche, qui se déroule en milieu hospitalier (troisième recours).

Les professionnels de santé dits de premier recours sont les médecins traitants ou les pédiatres, leurs rôles sont essentiellement : *« d'identifier les personnes à risque (...) d'assurer la cohérence des soins »* (*Ibid.*, p.6). Les professionnels de santé dits de second recours sont les spécialistes en médecine de l'obésité, ils interviennent quand la situation du patient devient complexe ou quand apparaissent des complications médicales ou des désordres du comportement. Les professionnels de santé du troisième recours sont ceux exerçant en hospitalisation spécialisée ou en centres de référence. Ils ont un rôle dans les diagnostics et

dans les soins complexes, ils interviennent aussi dans l'aide aux patients obèses en situation de précarité.

Dans ce rapport, A. Basdevant (2009) insiste sur l'importance de l'éducation thérapeutique auprès de la personne obèse et sur la nécessité de bénéficier d'une équipe multi-professionnelle. Il préconise, notamment, de reconnaître l'importance des éducateurs médico-sportifs, ainsi que l'activité : « *infirmier clinicien de Nutrition* » (*Ibid.*, p. 10). C'est sur cette dernière activité que portera ma recherche.

1. 4. 2. Structuration de la prise en charge

La prise en charge de la personne obèse est ainsi très structurée et pluridisciplinaire. Elle comprend le plus souvent quatre volets (Wémeau, et al., 2014).

1. 4. 2. 1. Informations sur la nutrition et sur les risques en lien avec l'obésité

Le premier volet s'adresse aux informations de base. Ces informations données au patient concernent les risques médicaux associés à l'obésité, risques métaboliques comme hypertriglycéridémie, diabète ; risques arthrosiques au niveau de la colonne, des hanches et des genoux : risques vasculaires comme les troubles veineux thromboembolique, hypertension artérielle (Wémeau et al., p. 400).

1. 4. 2. 2. Diététique et conseils nutritionnels

Le second volet est diététique. Après un travail de conscientisation sur les liens entre la prise de poids, l'apport alimentaire et la consommation d'énergie, il est proposé au patient de réguler son alimentation en diminuant les apports en calories et en apport lipidique. Les conseils sont diététiques dans le choix des aliments et la manière de les préparer mais aussi comportementaux comme la manière d'acquérir les aliments et de les manger (Wémeau et al., p. 400). Il est mentionné aussi, à ce stade, l'importance de l'activité physique augmentant la consommation énergétique.

Dans son rapport, l'INSERM (2006) insiste sur l'importance de ne pas proposer de régime « clé en main » mais d'adapter la proposition de régulation alimentaire au patient :

« il faut souligner que ces différents régimes "riche en ... ou pauvres en ..." n'ont pas fait la preuve de leur intérêt. Leur promotion n'est pas dénuée d'intérêts financiers. La notion même de régime est discutée. La méthode des conseils nutritionnels personnalisés est très employée en France dans le cadre de programmes incluant différentes mesures. » (p.144).

Il est aussi nécessaire d'avoir un objectif de perte de poids réaliste : « *La perte de poids de 10% est suffisante pour réduire les facteurs de comorbidité associés à l'excès pondéral.* » (Daubresse et al., 2005, p. 35). Les conseils nutritionnels sont multiples :

- « *Limiter la consommation des aliments à forte densité énergétique, riches en lipides ou en sucres simples et les boissons sucrées ou alcoolisées*
- *Choisir des aliments de faible densité énergétique (fruits, légumes), boire de l'eau*
- *Contrôler la taille des portions*
- *Diversifier les choix alimentaires en mangeant de tout, pour assurer un équilibre entre les macronutriments et un apport suffisant en micronutriments*
- *Manger suffisamment à l'occasion des repas ; ne pas manger debout mais s'asseoir bien installé à une table, si possible dans la convivialité*
- *Structurer les prises alimentaires en repas et en collations en fonction des nécessités du mode de vie du sujet (en général, 3 repas principaux et une collation éventuelle) ; ne pas sauter de repas pour éviter les grignotages extraprandiaux favorisés par la faim*
- *Détecter une éventuelle tachyphagie dont le sujet n'est habituellement pas conscient, mais que signale l'entourage*
- *Reconnaître et lever les tabous alimentaires, les fausses-idées, source de frustrations et de désinhibition : prétendre ne jamais manger du chocolat est illusoire, quand on est amateur...*
- *Rassurer le sujet quant à son droit au plaisir alimentaire ; la convivialité des repas est souhaitable »* (INSERM, 2006, p.144).

1. 4. 2. 3. Traitement médicamenteux

Le troisième volet de soins proposés est médicamenteux. Il n'existe pas de médicament contre l'obésité mais certains peuvent être proposés en complément pour les patients mal-observants et/ou en échec des mesures hygiéno-diététiques afin de faciliter la perte de poids mais surtout de favoriser la stabilité pondérale. Ils ont une action métabolique complexe et des effets secondaires non négligeables qui ne seront pas développés ici (Wémeau et al., p. 404).

1. 4. 2. 4. Traitement chirurgical

Le quatrième volet est chirurgical, ce traitement est préconisé pour les patients souffrant d'obésité morbide (IMC >40), qui ont entre 18 et 60 ans, avec une obésité stable, qui sont en échec des régimes. Il est important que les patients aient une bonne compréhension des objectifs et des enjeux de la chirurgie ainsi qu'une observance satisfaisante. Nous ne détaillerons pas ici les différents types d'intervention (Wémeau et al., p. 404-405).

1. 4. 2. 5. Prise en charge psychologique

Un cinquième volet est fréquemment associé à cette prise en charge pluridisciplinaire, il s'agit d'une prise en charge psychologique. Comme nous l'avons vu précédemment, certains patients obèses ont un profil de *gros mangeurs*, cette caractéristique est le plus souvent associée à une joie de vivre évidente et une envie de profiter des plaisirs de la vie. D'autres souffrent de troubles des conduites alimentaires, ils mangent plus par angoisse ou obligation que par plaisir : « *L'alimentation devient alors une drogue et colmate un mal-être conséquent* » (Appart et al., 2007, p. 155). Comme nous l'avons constaté dans les différents témoignages de patients, le processus qui conduit à l'obésité doit être pris en compte et pris en charge en préalable ou de manière concomitante à la quête de perte de poids. Appart et al. (2007) nous alertent sur ce phénomène de nécessité de la prise en charge psychologique : « *sous peine de voir leur situation psychologique et physiologique se péjorer par des efforts de régimes intempestifs, voire une chirurgie de l'obésité malencontreuse.* » (Ibid., p.155). Cette prise en charge est tout d'abord dans la « *relation médecin - malade empathique, sans culpabilisation et a pour but de mettre en place le soutien psychologique nécessaire à la résolution des nombreux problèmes rencontrés lors de la mise en place de la prescription et des changements qu'elle implique.* » (Wémeau et al., p. 404).

Nous approfondirons cette prise en charge en présentant des pratiques particulières comme la thérapie cognitivo-comportementale ou le travail sur les motivations ou la résistance au changement dans le chapitre consacré aux propositions thérapeutiques centrées sur la relation à soi des patients obèses.

1. 4. 5. 6. Activités physiques

Une sixième volet est systématiquement proposé, dès la prise en charge de premier recours, il s'agit de la promotion de l'activité physique. En effet, la sédentarité faisant partie des causes évidentes de la prise de poids et de l'obésité, l'activité physique permet de palier à ce déficit et a des effets bénéfiques biologiques, relationnels, motivationnels, subjectifs sur le bien-être et la qualité de vie du patient.

« *L'activité physique a de multiples effets bénéfiques : conservation de la masse maigre, augmentation de la mobilisation et l'oxydation des lipides (...), amélioration du contrôle de l'appétit, effets métaboliques favorables sur la sensibilité à l'insuline, le contrôle glycémique ou le profil lipidique plasmatique, sans oublier l'estime de soi ou la sensation de bien-être.* » (INSERM, 2006, p.144).

L'activité physique n'est pas forcément une activité sportive, il s'agit plutôt d'augmenter son activité quotidienne, en privilégiant la marche dès que possible notamment. Comme le précise l'INSERM (2006) : « *La lutte contre la sédentarité consiste à augmenter le niveau et la durée de l'activité physique dans la vie de tous les jours.* » (p. 144).

Nous reviendrons plus longuement sur la place et le rôle de l'activité physique chez le patient obèse dans le chapitre consacré aux approches à médiation corporelle.

1. 4. 3. Efficacité des traitements

Le rapport de l'INSERM (2006) fait un bilan de l'efficacité des thérapies proposées aux patients obèses. Il semble difficile d'évaluer les effets réels des pratiques par absence d'uniformité dans les études dans leur design : méthodologie, techniques utilisées, ... :

« L'efficacité des traitements de l'obésité paraît facile à évaluer, car de nombreuses revues de la littérature ont été écrites à ce sujet. Il n'en est rien, pour de multiples raisons, essentiellement méthodologiques. En fait, les protocoles sont rarement comparables. Par exemple, le regroupement dans certaines méta-analyses d'études de durées différentes peut sembler discutable. » (p. 146).

Un autre paramètre compliquant la mesure de l'efficacité des prises en charge proposées concerne la durée des études, l'obésité étant une maladie chronique, les effets réels se mesurent sur plusieurs années :

« De plus, les travaux de longue durée sont rares et peu d'entre eux comportent des mesures portant à la fois sur la diététique, l'activité physique et la régulation du comportement en général, ce que les anglo-saxons désignent sous le terme de counseling (McTigue et coll., 2003). » (Ibid., p. 146).

Le dernier paramètre de difficulté touche l'éthique des publications, les études n'apportant pas d'effet bénéfique sur la santé du patient obèse, sur sa perte de poids ou autre facteur étudié ne sont que rarement publiées : « *Seules les études positives sont publiées. Le débat n'est donc pas toujours contradictoire.* » (Ibid., p. 146).

Cependant, nous relevons une efficacité dans le domaine de la diététique et des conseils nutritionnels, notamment au début de la prise en charge : « *Les protocoles diététiques donnent souvent d'excellents résultats au cours des premiers mois, mais apparaissent décevants au delà de 6 mois.* » (INSERM, 2006, p. 147). Il existe une efficacité des activités physiques, même si elle est moins importante que celle escomptée ou espérée des patients. Elle a, de manière surprenante, un effet négatif sur les patients obèses en augmentant la sédentarité : « *Les résultats observés sont modestes : la perte de poids est souvent bien inférieure aux*

prévisions théoriques. En effet, le sujet tend à devenir plus sédentaire pendant le reste de ses activités quotidiennes. » (Ibid., p.147).

Les médicaments prescrits dans le cadre de l'obésité ont une efficacité certaine, à condition d'être intégrés à la prise en charge globale et multidisciplinaire des patients : *« Le succès est d'autant plus important que les mesures d'accompagnement (diététique, activités physiques, approches comportementales) ont été appliquées avec soin. La perte de poids est en moyenne de 8 à 10% à un an. » (Ibid., p. 148).*

1. 4. 4. Conditions de la réussite thérapeutique

Comme nous venons de l'aborder, la prise en charge du patient obèse est une prise en charge de longue durée, ce qui implique de créer les conditions optimums de la réussite thérapeutique.

1. 4. 4. 1. Alliance thérapeutique

Le premier volet de cette réussite est ce que A. Appart and al. (2007) appellent l'alliance thérapeutique. En effet, la relation thérapeutique s'inspire de la relation d'aide, elle nécessite que les deux acteurs (médecin, patient) soient partenaires de la thérapie : *« c'est une maladie difficile à traiter. Ici, plus que jamais, l'alliance thérapeutique avec le patient est essentielle (malgré les échecs des traitements entrepris) sans culpabiliser, ni stigmatiser. » (p. 154).* Elle n'est pas inspirée du modèle de relation médecin-patient où le médecin choisit le traitement et le patient devrait obéir sans réfléchir. Cette relation de partage, d'échange et de confiance est une des conditions de la réussite thérapeutique, elle vise à élaborer un projet partagé dans lequel le patient prend sa part active totalement, cela favorise ce que l'on appelle l'adhésion thérapeutique et ainsi l'observance.

1. 4. 4. 2. Lucidité et réalisme

Le second volet est la nécessité d'avoir une lucidité sur les possibilités physiques, psychiques, émotionnelles et relationnelles du patient obèse. Il est important d'avoir un objectif, notamment de perte de poids, réaliste et surtout réalisable. Cela nécessite parfois un travail spécifique de prise de conscience des objectifs trop ambitieux, des régimes idéalisés, des possibilités corporelles réelles. Ce travail peut se faire avec différentes approches : *« le deuil du poids désiré, l'affirmation de soi et l'acceptation des réelles possibilités du corps sont des passages obligés pour le plus grand nombre qui imposent parfois un travail spécifique à*

l'aide des thérapies cognitivo-comportementale ou psychocorporelle. » (Zermati and al. 2010, p. 14).

1. 4. 4. 3. Renouveau du rapport au corps – rapport à soi

Le troisième volet, selon les études de Appart and al., (2007), s'adresse plus précisément au corps, à l'image du corps et l'image de soi. Nous développerons ces thématiques dans les chapitres consacrés à ces thèmes.

1. 4. 4. 4. Changement de représentations

Le quatrième volet touche aux représentations des patients, telles que nous les avons développées dans le chapitre consacré aux stéréotypes et représentations. Les représentations et croyances peuvent ainsi faire obstacles au traitement, surtout à long terme. Il est nécessaire de ne pas négliger ce facteur pour favoriser l'observance thérapeutique : « *les représentations pilotent les comportements et constituent un facteur important déterminant l'adhésion au traitement.* » (Barthassat and al., 2008, p.848).

Pour conclure ce chapitre sur les modèles de prise en charge, nous prenons appui sur G. Apfeldorfer (2009) et ses préconisations adressées à l'intention des pouvoirs publics. En effet, il nous oriente vers une réflexion plus globale de la prise en charge de la personne obèse, plus humaniste et favorisant une vision positive de la personne obèse. Il nous invite à nous écarter d'une prise en charge centrée sur la perte de poids pour nous approcher d'une prise en charge centrée sur la personne souffrant d'obésité.

« La politique de santé des pouvoirs publics actuellement fondée sur l'idéologie du puritanisme hygiéniste, devrait être revue. Elle pourrait s'organiser autour des thèmes suivants : lutte contre la discrimination et la stigmatisation des obèses, acceptation des différences corporelles, promotion d'une alimentation amoralisée, démedicalisée, régulée par les sensations et les émotions alimentaires, encadrée par des savoir-faire alimentaires à valeur patrimoniale, encouragement à une vie nourissante, active et passionnée. » (Apfeldorfer, 2009, p.149)

Dans ce chapitre général sur l'état des lieux de la notion d'obésité, nous avons vu l'obésité dans sa définition, dans sa naissance et dans son évolution. Nous avons apporté quelques éléments de connaissances des facteurs favorisant l'obésité, facteurs sociétaux et individuels. Puis, nous avons fait un état des lieux de la prise en charge telle qu'elle est préconisée par les pouvoirs publics. Notre conclusion de ce chapitre ouvre sur de nouvelles perspectives de prise en charge moins centrée sur la perte de poids et plus orientée vers la personne elle-même.

Nous allons, dans le chapitre suivant, nous orienter dans cette direction proposée par G. Apfeldorfer en nous centrant sur la question de la place du corps chez la personne obèse et l'importance de la relation à soi et ses incidences pour la personne obèse.

2. Place et enjeux de la relation à soi chez la personne obèse

Cette section nous semble importante à développer dans la mesure où la médiation corporelle proposée dans cette recherche vise d'abord et avant tout à éduquer la relation à soi. Comme nous l'avons déjà précisé, la terminologie *relation à soi* renvoie à la perception de soi englobant des indicateurs directement reliés à la dimension corporelle tels que le rapport au corps, l'image de soi et la représentation de soi qui sont autant de facteurs participant à l'estime de soi. Puis, des satellites de la relation à soi tels que les stratégies d'adaptation au stress, le comportement alimentaire ou l'observance thérapeutique et la qualité de vie, dans la mesure où ils dépendent de la qualité de la relation à soi et à son corps.

Nous avons relevé que les personnes obèses :

- ont une estime de soi dégradée (Apfeldorfer, 2009)
- ignorent quels sont les contours de leur corps (Appart et al., 2007)
- habitent un corps qui n'est pas vraiment le leur (Appart et al., 2007)

A. Chilton (1992) nous montre que la manière dont une personne appréhende son corps dépend de son degré de compréhension d'elle-même. Dans cette perspective, la nature de la perception de soi est indissociable de celle que nous avons de notre corps. À travers ce propos, nous comprenons que la perception de soi et la relation au corps influencent directement le regard que la personne porte sur elle-même. Il faut, comme le disent A. Appart et al., (2007) que l'obèse habite pleinement son corps et le reconnaisse par un double mouvement de réappropriation du regard de l'autre et de son propre regard sur soi.

En résumé, comme le disent M.B. Schwartz et K.D. Brownell (2004), l'image du corps et l'obésité sont liées de manière importante et contribuent à la détresse psychologique de la personne obèse.

2. 1. Notion de santé perceptuelle

Sur cette base de données, il est légitime de s'intéresser à la qualité relationnelle qu'une personne entretient avec son propre corps et par voie de conséquence avec elle-même. Cette qualité relationnelle définit, tout particulièrement chez les personnes obèses, un incontestable argument de santé perceptuelle positive ou négative. La santé perceptuelle, telle qu'elle est définie par A. Leplège et C. Debout (2007) est un concept multidimensionnel, regroupant des items sur les capacités physiques, le fonctionnement psychique et les relations sociales. Ils mettent en avant l'idée d'écouter le point de vue du malade sur sa santé et sur lui-même : « *Pour mieux soigner le malade, le professionnel de santé d'aujourd'hui ne doit plus seulement le considérer de son propre point de vue mais essayer de comprendre le point de vue que le malade a sur lui-même.* » (p.19).

P. Rosier (2013) propose le concept de la *santé perceptuelle somato-psychique* qui étend l'acceptation du concept de la santé perceptuelle classique. : « *La santé perceptuelle que j'introduis convoque fortement le vécu du corps, qui de mon point de vue, n'est pas suffisamment pris en considération dans ce concept.* » (p.97). Cette évolution, vers la corporalité trouve sa traduction dans le propos de I. Crespelle (1975) qui introduit l'unité somato-psychique : « *L'idée que toute pensée passe par le corps ; que toute pensée, même, est corps ; plus encore que le corps est la personne.* » (p.87). Dans cette perspective, la santé perceptuelle découle du vécu corporel de la personne et plus précisément du sentiment organique qu'elle vit à travers son corps.

2. 2. Éducabilité de la relation à soi

Une fois argumentée la pertinence de réaliser un travail sur la perception du corps et de soi, il convient de se poser la question du caractère éduicable de la représentation de soi et de la relation à soi. Il est clair, comme nous l'avons souligné, que la personne obèse vit dans un monde hostile, socialement délicat. Il revient aux pouvoirs publics de mener une action sur ce fait social. Cependant, la personne obèse se trouve souvent dans un face à face avec elle-même qu'elle doit surmonter et dépasser. Ce rôle lui revient, mais face à sa détresse, à ses blessures, elle a besoin d'interventions extérieures qui l'aident à retrouver son ancrage corporel. Au-delà des barrières édifiées entre soi et autrui, entre soi et le monde, il est important, pour elle, de se réapproprier un regard positif vis-à-vis d'elle-même. En effet, comme l'a suggéré fortement l'étude de l'état des lieux de la personne obèse, les perceptions

corporelles que la personne a d'elle-même sont le plus souvent négatives et désagréables et elles entraînent une faible estime de soi et s'accompagnent d'un fardeau lourd à porter.

Cependant, la perception de soi et l'image du corps ne se modifient pas spontanément, cela demande un travail sur soi et de réappropriation du corps qui implique un apprentissage particulier. Pour reconstruire cette image, l'accompagnement en psychologie est important mais les enjeux qui sont apparus montrent la pertinence de proposer une médiation corporelle qui permet à la personne un recentrage positif de sa relation au corps. C'est en tout cas ce qu'ont relevé dans leur étude A. Appart et al. (2007) qui considèrent que la réappropriation de son corps et de soi participe aux effets thérapeutiques durables. Le mouvement de contextualisation développé ci-dessus plaide en faveur d'un travail ciblé sur ce que A. Damásio nomme « *le sentiment même de soi* » (1999) qui englobe le corps, l'émotion et la conscience sous-tendus par le « *milieu interne comme précurseur du soi* » (p.141).

2. 3. Élaboration du concept de la relation à soi

Nous définissons ce concept dans ses contours et dans ses perspectives d'incidences sur l'estime de soi, l'adaptation au stress, l'observance thérapeutique et la qualité de vie de la personne obèse. La relation à soi, concept tel qu'il a été élaboré par D. Bois (2005, 2007, Bois, Bourhis, 2010) est constitutive d'un ensemble de données phénoménologiques comprenant le concept de soi, le sentiment d'existence et les manières d'être à soi et à autrui. Il s'agit donc d'un concept global qui mobilise des capacités perceptives, cognitives, relationnelles et comportementales.

La relation à soi entrevoit le corps comme lieu d'expérience à partir duquel la personne se découvre, prend de décisions et apprend de sa situation. La relation au corps est donc une donnée fondamentale puisqu'elle apparaît comme l'incarnation même d'une subjectivité qui développe la conscience de soi et le rapport à soi dans sa dimension identitaire. « *Dorénavant, tout se joue dans le corps, sans doute, mais entre le corps propre, qui est le seul corps concret et réellement vécu et le corps machine, qui est simplement représenté, que personne n'habite, la différence subsiste.* » (Petit, 1994, p.19). Le concept de relation à soi convoque une corporéité vivante nécessitant une formalisation de la relation au corps Sensible.

2. 4. Le concept de soi

Le concept de soi, premier élément constitutif de la relation à soi, trouve sa source dans le célèbre ouvrage de W. James intitulé « Principes of psychology » (1952), selon une définition large, puisque le soi englobe tout ce qui peut être considéré comme sien, à savoir son corps, ses capacités physiques et tout ce qu'il possède (sa maison, sa famille etc.). En somme, comme le rappelle R. L'Ecuyer « *le soi consiste en tout ce qui peut être appelé mien ou fait partie de moi* » (1978, p. 17). Au fil du temps, le concept de soi s'affine de multiples variables et notamment avec C. Rogers qui utilise de façon directe la terminologie concept de soi ou représentation de soi donnant lieu au « *soi phénoménal* » (Rogers, 1951) où apparaît une configuration organisée de perceptions de soi admissibles à la conscience.

2. 4. 1. Le concept de soi : une notion complexe

Le concept de soi est vaste et complexe à saisir. Ainsi pour J.P. Gaté et C. Glaz (2009) « *le concept de soi appelé aussi représentation de soi ou conscience de soi, renvoie à la dimension cognitive de soi, c'est-à-dire aux connaissances que nous avons de nous-mêmes.* » (p.68) mais le concept de soi ne se limite pas à cet ensemble de représentations que l'individu a de lui-même. Pour J.P. Famose et J. Bretsh (2009) :

« Le concept de soi consiste en une série de croyances qu'une personne adopte vis-à-vis d'elle-même : nos croyances sur notre corps (apparence, santé, niveau de condition physique etc), sur nos caractéristiques personnelles (personnalité, intelligence, aptitude, habileté), nos relations sociales (famille, élève, enseignant et autre), les croyances que nous adoptons consciemment (convictions religieuses, attitudes philosophiques), nos histoires personnelles et même nos biens et objets propres. » (p.18).

Et enfin, le soi confère à la personne, le sentiment d'être distinct des autres personnes, en terme d'habiletés et de valeurs (Coleman, 1969). Toutes ses approches du soi viennent en écho avec le propos de R. L'Ecuyer (1994) :

« Le concept de soi se réfère à la façon dont la personne se perçoit, à un ensemble de caractéristiques (de goûts, d'intérêts, de qualités, de défauts, etc...) de traits personnels (incluant des caractéristiques corporelles), de rôles et de valeurs qu'elle s'attribue, évalue parfois positivement ou négativement et reconnaît comme faisant partie d'elle-même, à l'expérience intime d'être et de se reconnaître en dépit des changements. » (p. 45).

2. 4. 2. Le concept de soi : débats et idées

Le concept de soi va aussi susciter de nombreux débats autour de l'interaction entre le soi et le monde, entre le soi et autrui et devient une valeur sociale. De nombreux auteurs défendent l'idée que la conscience de soi ne peut émerger que dans la communication avec les autres. Pour C.H. Cooley (1902), le soi résulte de la complémentarité du soi et de l'autre, pour H. Rodriguez Tomé (1972) le soi est en lien essentiellement avec la structure sociale ou existe dans l'expérience sociale et enfin, pour G.H. Mead (1934) et R. Ziller (1973) le terme concept de soi est remplacé par celui de « *soi social* ».

« Il est vite apparu à plusieurs que les termes soi ou concept de soi (self ou self-concept) comportaient de réalités fondamentalement différentes. D'une part, le concept de soi réfère à la façon dont l'individu se perçoit, aux attitudes ou sentiments que la personne ressent à son propre égard ; d'autre part, ce même concept de soi peut également être considéré comme constituant un ensemble de processus régissant le comportement, il se trouve ainsi tout orienté vers l'action. »
(L'Ecuyer, 1994, p.19).

En parallèle de ce débat entre le concept de soi en tant que singularité et le soi social, apparaît une autre discussion visant à faire une distinction entre l'*ego* et le *self*. On note que l'*ego* est rattaché aux processus actifs qui sont attribués à la pensée, à la mémoire, aux processus cognitifs, aux mécanismes de perception de la réalité... tandis que le *self* renvoie au Moi et plus précisément au Moi expérientiel se référant à l'aspect perceptuel, attitude, sentiment, estime de soi. Il s'agit donc ici d'un regard que le sujet porte sur lui-même. C'est justement cet aspect qui nous intéresse lors de cette recherche, mais en nous rapprochant du « *proprium* » de G.W. Allport (1955) qui répond à la double fonction perceptuelle et active du concept de soi.

Le concept de soi est complexe, d'autant qu'il emporte d'autres dimensions qui méritent d'être précisées. Il y a en effet, autour de cette terminologie, une confusion entre différentes expressions qui sont utilisées indifféremment pour définir le concept de soi comme image de soi, perception de soi, représentation de soi, conscience de soi voire même conception de soi. R. L'Ecuyer (1994) présente une synthèse qui précise ces différentes expressions. La conscience de soi est un processus de différenciation entre le Moi et le non Moi. L'image de soi est en rapport avec l'image corporelle, le Soi somatique et les éléments perceptuels qui contribuent à l'élaboration d'un certain sens d'identité de soi - sensation d'identité -. La représentation de soi est une somme ou combinaison des caractéristiques personnelles que le sujet s'attribue. Et enfin, la conception de soi constitue une sorte de synthèse reliant toutes les expressions.

2. 4. 3. Le concept de soi : un ensemble d'éléments constitutifs

Malgré cette ambiguïté et ce sentiment d'inachèvement dans la distinction entre ces différents termes, le concept de soi nous est apparu important dans le cadre de notre recherche car il concerne, pour reprendre la classification de R. L'Ecuyer (1994), un ensemble organisé d'éléments constitutifs du soi qui sont susceptibles d'éclairer les enjeux du corps et du soi personnel dans le vécu de l'obésité. Il offre une classification des éléments constitutifs du soi selon trois structures, à partir desquelles nous avons ébauché notre questionnaire de recherche :

- La structure "soi matériel" :

Elle comprend toutes les références au corps et aux différentes possessions auxquelles l'individu s'identifie d'une manière ou d'une autre. De cette structure, sont dégagées deux sous-catégories. La sous-catégorie « soi somatique » qui concerne tous les traits ou apparences physiques (stature, poids, taille, beauté) et la sous-catégorie « condition physique » qui se réfère à l'état de santé, aux diverses sensations corporelles, à la maladie et aux activités physiologiques générales (boire, manger, dormir).

- La structure "soi personnel" :

Elle se réfère aux caractéristiques internes ou psychiques susceptibles d'être formulées par la personne et notamment image de soi, identité de soi ou conscience d'être et d'exister qui dépassent le niveau simplement descriptif de la représentation de soi.

- La structure "soi adaptatif" :

Elle correspond aux réactions positives ou négatives que l'individu a face à ses perceptions de lui-même, ou face à sa mise en action par rapport à ses perceptions.

Cette classification a le mérite de questionner la personne obèse autour de la représentation qu'elle a d'elle-même, son image, sa conscience d'elle-même, au plan somatique, affectif et comportemental. En effet, les données qui ont émergé de la consultation de la littérature spécialisée mentionnent l'importance de ces trois composantes du concept de soi. En ce qui concerne le corps de la personne obèse, la question de l'image de soi ou de la représentation de soi est omniprésente dans son lien avec le corps. Le corps "social" est rejeté (Apfeldorfer, 2008), le corps "représentation de soi" honteux (Apfeldorfer, 2009) et la relation au corps est "figée" ou "inexistante" (Benkemoun, 2013).

Sur cette base, un travail spécifique réalisé sur la relation au corps se justifie pleinement car il touche un ensemble de fonctionnements qui sollicitent le concept de soi. Nous verrons plus

tard, que la notion d'estime de soi est intimement liée à toutes les expressions constitutives du concept de soi.

2. 5. Le sentiment d'existence

Le sentiment d'existence, second élément constitutif de la relation à soi, se décline à partir des notions de conscience corporelle, de sentiment d'existence corporelle et de sentiment de soi.

2. 5. 1. Emergence de la notion de conscience corporelle

Le projet de se découvrir soi-même par la conscience profonde du corps a émergé au siècle des Lumières ouvrant ainsi un nouveau champ de conscience de « je pense donc je suis » nous passons à « je sens donc je suis », qui découle d'une inscription charnelle du soi. Le sentiment de soi apporte un éclairage supplémentaire au concept de soi en tant qu'il fait appel à l'interne du corps. « *Autant dire que cette sensibilité est bien d'abord celle d'un "dedans". Autant dire, encore, qu'elle transforme l'existence perçue* » (Vigarello, 2014, p.27). La présence du corps change ici de statut avec la notion du sentir corporel. Nous retrouvons une expérience qui vient de l'intérieur du corps où comme le précise G. Vigarello, en résonance avec la pensée de Diderot, « *L'expérience étudiée n'a pas pour origine le "dehors" ou l'enveloppe mais le "dedans" ou l'organique. L'individu existe ainsi à partir de ce qu'il ressent organiquement* » (Ibid., p.24).

Les Lumières ont initié le « ressenti » du corps comme constitutif de l'identité. Cette particularité a donné lieu à des notions inédites comme le sentiment de l'existence, l'homme sensible, le « Soi », préconisant de nouvelles manières de vivre et de s'éprouver. Depuis cette perspective, est apparue cette notion de relation entre soi et soi, sous l'égide de l'observation de soi.

2. 5. 2. Le sentiment d'existence corporelle

La notion de sentiment d'existence a évolué et prend différentes figures selon les auteurs. J.J. Rousseau, dans les Confessions (1771), situe le ressenti avant la réflexion et l'intelligence « *je sentis avant de penser* » (Rousseau, 1959, p.8). Dans l'Émile, J.J. Rousseau écrit : « *exister, pour nous, c'est sentir ; notre sensibilité est incontestablement antérieure à notre intelligence, et nous avons eu des sentiments avant des idées.* » (Rousseau, 1969, p.600). Autant dire que cette sensibilité est au cœur du sentiment d'existence. On sait qu'on est Soi et pas quelqu'un d'autre, sans avoir recours à la réflexion. Le sensible est, en quelque sorte, l'âme de la pensée

et inaugure une façon de s'éprouver soi-même comme lieu d'affirmation de soi. M. de Biran (1812) va dans ce sens et élargit la perspective du sentiment d'existence, dans une vision plus organique. Il distingue le sentiment d'existence passif, à savoir les battements du cœur, la contraction de l'estomac, la nausée, les douleurs physiques, les malaises, les impressions obscures..., susceptibles d'orienter le moral et le sentiment d'existence actif qui implique un sens de l'effort renvoyant à l'individualité personnelle.

La perception peut être entrevue selon plusieurs points de vue : la perception extéroceptive qui se réfère aux cinq sens, la perception proprioceptive qui, au début du XIX^e siècle a été mise en évidence par Sherrington, grâce à laquelle nous pouvons sentir et situer notre corps dans l'espace. On retrouve, dans cette perspective, la notion de « *tact interne* » utilisée par Aristote : « *l'organe du tact est interne* », à partir duquel le sujet est en permanence conscient de sa propre existence et repris par M. de Biran pour qui le *tact interne* est lié par nature à une sympathie discrète et naturelle à l'égard de diverses affections du corps sans recourir aux sens externes. C'est à travers le *tact interne* que le sujet s'éprouve lui-même. Ainsi, au delà de la faculté cognitive par laquelle nous nous représentons nos pensées à nous-même, il existe une fonction du tact interne qui permet à tout individu d'être témoin par le mode de l'éprouvé de sa propre existence. Il s'agit, comme le dit D. Heller-Roazen « *du sentiment intime que chacun de nous a de sa propre existence* » (2007, p.234).

2. 5. 3. Cénesthésie et neurobiologie du Soi

Dans cette lignée, le concept de cénesthésie est apparu (Sciff, 1977) et traduit toutes les sensations qui ne résultent pas de l'influence d'un agent extérieur et qui nous indiquent l'état et l'existence des différentes parties de notre corps.

Au fil du temps, s'est construite une neurobiologie du soi. Sur le plan des neurosciences, A. Damásio considère le sentiment sous l'angle d'une perception d'un arrière-plan du corps ou d'un état de fond qu'il nomme le *proto-soi*. Ce chercheur, dans son livre *Le sentiment même de soi* (1999), élabore une neurobiologie du Soi d'où naît le sentiment constant d'être soi-même en lien avec un certain état du corps. A. Damásio dénomme *proto-soi* l'activité de certaines structures cérébrales (tronc cérébral, hypothalamus, cortex insulaire) qui permet la perception continue du milieu interne du corps. Dans cette perspective, la variation de l'état organique constitue le départ de la perception active et consciente. En effet, chaque variation de l'état interne du corps génère simultanément une nouvelle carte corporelle, permettant au

sujet « *de se sentir entraîné de connaître* », prenant du même coup le statut de « *conscience noyau* », une conscience de l'instant. La question du soi est donc intégrative du corps.

2. 6. Manière d'être à soi sur le mode de la perception de soi

La manière d'être à soi, troisième élément constitutif de la relation à soi, est entrevue sous l'angle de la subjectivité corporelle, de la conscience de soi,

2. 6. 1. Subjectivité corporelle

Dans le champ de la psychopédagogie perceptive, le concept de manière d'être à soi et au monde est entrevu sous l'angle de la relation à soi convoquant la subjectivité corporelle. Plus qu'un simple rapport au corps, la subjectivité corporelle est le support d'une révélation du sujet à lui-même. Dans ce cas de figure, le corps change de statut et devient lieu d'expression et d'expérience intime de soi. Ainsi, comme le précise V. Bouchet (2015) :

« Lorsque le terme manière d'être à soi apparaît dans le discours de la psychopédagogie perceptive, il définit le caractère singulier de l'expérience (c'est une expérience à soi, de soi) et l'usage particulier que la personne en fait. Il ne s'agit donc pas simplement d'un ressenti intérieur, mais aussi d'une mise en action de soi à partir de ce qui a été vécu. » (p.90).

H. Marchand (2012) aborde ce phénomène sous l'angle des *processus de subjectivation des contenus de vécus corporels*. Dans cette dynamique, le terme subjectivation désigne le processus de devenir sujet. Cela rejoint la notion de manière d'être à soi, c'est-à-dire de devenir sujet de soi, de son corps et de sa santé, qui correspond au statut de patient actif.

Ainsi, la manière d'être à soi engage les instances intimes de la personne dans son mode d'être dans le ressenti et dans ses actions qui résultent d'une compréhension des vécus organiques et d'une mise en action de soi dans son processus de santé. Dans cette perspective, la relation à soi détermine un sujet qui apparaît au cœur de son vécu et dans sa mobilisation à agir.

2. 6. 2. Conscience de soi et manière d'être à soi

La *manière d'être à soi* s'avère être un concept central, elle touche la relation à soi, mais aussi la conscience de soi, l'estime de soi et la satisfaction de vie. Le concept d'estime de soi est constitutif de la manière d'être à soi, puisque il touche justement la manière dont la personne se perçoit et se vit faisant référence à une évaluation de soi chargée affectivement. Nous avons abordé dans le champ théorique, l'importance de l'image et de l'apparence physique

qui ont toujours été deux des éléments clés de toute culture et de tout groupe social. À l'heure actuelle, 60% des adolescentes pensent qu'elles sont grosses et seulement 20% aiment leur corps et la plupart des femmes pensent que leur poids idéal se situe bien en dessous du leur (André, 2006, p. 147-148). Dans ce cas de figure, l'insatisfaction corporelle n'est pas due à l'obésité mais à l'image du corps négative entre le corps réel et le corps perçu en dehors de tout critère objectif. Il convient donc, à travers une relation au corps et à soi plus positive de combler la distance entre le corps réel et le corps perçu.

Il n'existe pas de motivation ou d'estime de soi sans un minimum d'ancrage dans un certain niveau de conscience de soi. V. Bouchet (2015) décrit : « *En effet, pour être motivé, il faut désirer et pour désirer, il faut "se sentir".* » (p.94). Elle rejoint, ainsi le propos de A. Damásio (1999) : « *La conscience a été inventée pour que nous puissions ressentir la vie.* » (p.40). V. Bouchet (2015) formule également la conscience de soi dans ses parts objective et subjective, il s'agit d'une capacité de percevoir le soi de manière relativement objective tout en maintenant un côté subjectif. Dans ses travaux, cette chercheuse met l'accent sur la *reconquête de soi en tant que sujet*, il s'agit, pour elle, de développer l'expression d'un "je" qui pilote les interactions avec le monde, un "je" auteur de ses actions.

Notons ici que la psychopédagogie perceptive semble avoir une incidence positive sur la manière d'être à soi en référence aux résultats de recherche de la thèse de doctorat de V. Bouchet (2015). Son étude va dans le sens d'une évolution des manières d'être des patients accompagnés vers une meilleure écoute de soi et un meilleur respect de soi, une meilleure présence à soi et à sa vie, une attitude plus nuancée avec davantage de recul, une plus grande confiance en soi, une affirmation positive de soi qui se traduit par une plus grande autonomie par rapport au besoin du regard des autres, et enfin, une manière d'être plus posée, plus calme, plus tranquille.

La relation à soi du patient obèse, douloureuse, difficile et mal comprise transparaît dans les problématiques de vie rencontrées par les personnes obèses, telles que nous les avons énoncés dans ce champ théorique. Notre recherche tente de mieux saisir la place, le rôle et la pertinence des approches corporelles pour tenter de modifier cette relation à soi déficiente.

3. Place et enjeux du corps chez la personne obèse

Ce volet nous intéresse tout particulièrement dans notre étude sur les approches de relation d'aide à médiation corporelle. La réussite thérapeutique dépend en partie du regard que la personne obèse porte sur elle-même et de la manière dont elle vit le regard des autres posés sur elle :

« Pour pouvoir maigrir valablement, il doit se réapproprier une nouvelle image de soi, une nouvelle image du corps. (...) il faut que l'obèse habite pleinement son corps, qu'il y ait reconnaissance de son corps par un double mouvement de réappropriation du regard de l'autre et de son propre regard sur soi. » (Appart and al., 2007, p. 156).

Cette dynamique d'appropriation corporelle, temps de conscience et de connaissance de soi, aide la personne obèse à retrouver un rapport au corps plus équilibré et moins troublé par le regard porté sur elle-même et par les autres.

Nous commençons cette section par l'analyse que nous avons faite du témoignage de patients obèses suivis dans le service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand, témoignages issus de l'étude des dossiers des patients (Bertrand et al., à paraître). Puis, nous ferons un état des lieux des différentes problématiques du rapport du patient obèse à son corps, telles qu'elles sont présentées dans la littérature. Et enfin, nous finalisons ce chapitre en présentant les techniques corporelles thérapeutiques et éducatives proposées aux patients obèses.

3. 1. Résultats de l'analyse du témoignage des patients obèses réalisée dans le service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand

En préalable à cette recherche, nous avons réalisé une étude de faisabilité de la thèse. Nous avons procédé à une analyse des dix-huit dossiers des patients du service de Nutrition Clinique, patients suivis par les infirmières cliniciennes réalisant les séances de relation d'aide à médiation corporelle, qui a donné lieu à la rédaction d'un article : *« Evaluation of body centered educational approaches in the management of obese patients »* (Bertrand et al., soumis). Les détails de cette étude sont présentés dans le chapitre de Méthodologie. Nous prenons appui sur cette analyse pour aborder ce thème des troubles du rapport au corps tels qu'ils sont décrits par les patients.

Cette analyse révèle six natures de troubles du rapport au corps, ils peuvent être associés ou isolés selon les patients.

3. 1. 1. Sensations corporelles désagréables

En premier lieu, ce sont les sensations corporelles qui sont affectées, la personne perçoit son corps uniquement à travers des perceptions négatives. Elle décrit une sensation de lourdeur du corps qui a des effets sur son état général : « *mon corps est lourd, il me fatigue* ». Nous retrouvons aussi des sensations de douleur ou de difficultés à bouger nommées par : « *dès que je bouge, j'ai mal* ». D'autres sensations négatives sont décrites comme les sensations de tension, de rigidité, de mollesse : « *je me sens de plus en plus molle, je n'arrive même plus à marcher* » ou encore de perte de force : « *je n'ai plus la force pour avancer* ». La perception d'un corps lourd, douloureux et faible favorise la perte de lien sensoriel avec ce corps et conduit à une rupture du lien avec son corps et avec soi. Cette absence de relation au corps est aussi témoignée par les patients, nous l'abordons un peu plus en avant dans ce chapitre.

3. 1. 2. Absence de perception des limites corporelles

Le second trouble identifié est l'absence de perception des limites corporelles. Cela peut se manifester par des témoignages comme « *je n'ai plus de forme* » ou « *je me sens comme une masse indifférenciée* ». Ce trouble est majoré par le fait que la personne n'est plus capable de toucher certaines parties de son corps qu'elle traduit de la manière suivante : « *je ne sais pas où mon corps s'arrête* ». Ce trouble en dehors de son effet sur le rapport au corps affecte aussi la personne dans son sentiment identitaire, son sentiment d'exister ou de percevoir ses limites. Nous aborderons cette thématique plus en avant dans notre chapitre sur le toucher et la notion de Moi Peau (Andrieu, 2008).

3. 1. 3. Trouble de l'ancrage corporel

Le troisième trouble du rapport au corps nommé est une faiblesse de l'ancrage corporel. Ce trouble se manifeste sous la forme d'une sensation de vide intérieur qui devra être comblé par l'alimentation. Il est décrit par « *je me sens vide, je mange jusqu'à me sentir pleine, remplie* ». La diminution de la sensation d'ancrage corporel affecte le bien-être des patients à différents niveaux, au niveau des perceptions de soi, du bien-être émotionnel et du bien-être perçu.

3. 1. 4. Insatisfaction corporelle

Le quatrième trouble décrit est l'insatisfaction corporelle. Ce phénomène très fréquent dans notre société, est amplifié chez les patients obèses soumis à la pression sociale comme nous l'avons vu précédemment. Cette insatisfaction se traduit par des sentiments négatifs vis à vis de soi comme la honte : « *je veux maigrir, je n'ose plus sortir, je veux retrouver mon corps d'avant* » voire de haine du corps : « *je veux être opéré, je hais ce corps* ». Ce trouble peut être à l'origine d'autres troubles comme la mésestime de soi ou les troubles de l'observance, et dans tous les cas, affecte le bien-être des patients obèses.

3. 1. 5. Absence de relation au corps

Le cinquième trouble identifié est l'absence de relation au corps. Il est souvent la conséquence des troubles précédemment décrits et il se manifeste sous plusieurs formes. Il peut apparaître sous la forme d'une ignorance ou d'un oubli du corps, il est décrit par « *je ne suis qu'une tête pensante* ». Il se manifeste aussi par la rupture avec le corps témoignée par « *je suis coupée de mon corps* » ou encore par l'inutilité du corps : « *mon corps ne sert à rien* ». La dernière manifestation de ce trouble est une perte de sensations corporelles ou encore une anesthésie du corps : « *je ne sens pas mon corps* ». Dans le cadre de cette absence de relation au corps, la personne obèse fonctionne comme si son corps n'existait pas, n'avait aucun rôle à jouer dans son existence ou dans son bien-être.

3. 1. 6. Tentative de contrôle du corps

Le dernier trouble identifié est en lien direct avec la restriction cognitive qui produit une alimentation pensée au détriment d'une alimentation perçue. Ce phénomène, décrit précédemment, a comme effet de mettre les perceptions corporelles (satiété, faim) à distance et de privilégier le contrôle cognitif de l'alimentation et, par conséquent, le contrôle du corps. Ce trouble se manifeste par des témoignages d'obéissance du corps comme « *mon corps doit m'obéir* » ou « *je veux maigrir quel qu'en soit le prix* » ou d'ignorance des perceptions corporelles « *j'ai faim mais je ne m'écoute pas* ». Il peut aussi être mis en lien avec des émotions négatives « *je ne veux pas écouter mon corps, cela m'angoisse* ». Cette tentative de contrôle du corps est néfaste, en premier lieu, car elle éloigne la personne de sa vie perceptible et, en second lieu car quand le contrôle est inefficace, cela déclenche des émotions négatives voire agressives à l'encontre de son propre corps.

3. 2. Résultats de la revue de littérature sur le corps de la personne obèse

Après avoir entrevu les problématiques corporelles des patients obèses telles qu'elles sont apparues dans notre étude, nous abordons la thématique du corps de l'obèse dans la société à partir d'un état des lieux de la littérature. Dans cette rubrique, nous développerons cinq volets : la représentation sociale du corps, l'assimilation de la personne obèse à son apparence, la notion de *délinquance alimentaire*, la défaillance de l'image du corps et la notion de *corps étranger*.

Il est parfois difficile de résister à la croyance populaire qui consiste à dire que le corps est maîtrisable, qu'il suffit d'un peu de volonté. Heureusement ou malheureusement, le fonctionnement du corps humain n'est pas si simple, si maîtrisable. Il y a de nombreux paramètres biologiques, physiques, psychiques ou émotionnels qui régulent la physiologie du corps. Cette croyance erronée sur le corps véhicule une certaine toxicité comme le dénonce G. Apfeldorfer (2008) et s'accompagne souvent de l'idée qu'il suffit de trouver le bon régime, la bonne méthode pour avoir le corps rêvé : « *La toxicité des croyances selon lesquelles le corps serait un objet à maîtriser et le comportement alimentaire normal serait contrôler sur le mode volontaire.* » (p. 76).

Cette représentation idéale du corps entrevoit le corps comme un objet à façonner à son image. Le corps n'est pourtant pas cela, pas un objet à sculpter mais bien la manifestation humaine de la vie sur terre. Sans corps, il n'y a pas d'existence. G. Apfeldorfer nous rappelle que le corps n'est rien d'autre que nous-même : « *Rappelons le : notre corps n'est pas autre chose que nous-même, nos conduites alimentaires nous sont dictées par des mécanismes biologiques, psychologiques et sociaux complexes (...).* » (Ibid., p. 76).

Cela nous conduit à une réflexion sur la manière d'entrevoir la question de l'obésité et sa prise en charge. La personne doit-elle s'engager dans un combat contre elle-même avec des contraintes extrêmes pour un résultat souvent modeste ou doit-elle apprendre à se connaître, à se reconnaître, à s'aimer et s'apprécier pour améliorer non seulement son bien-être mais très vraisemblablement son obésité : « *Ce n'est pas en luttant contre soi-même qu'on sortira de cette ornière. Au contraire, c'est en étant à l'écoute de soi-même qu'on pourra être à son mieux.* » (Ibid., p. 76).

3. 2. 1. La représentation sociale du corps

Comme le soulignent M. Gracia et J. Contreras (2008), la valeur sociale attribuée au corps mince a constamment augmenté depuis la deuxième moitié du XX^e siècle par la diffusion d'images culturelles qui nous font admirer et désirer les corps jeunes et sveltes. Il ressort qu'un grand pourcentage de la population vit avec un paradoxe intérieur douloureux, le rêve du corps idéal et la vision de son corps tel qu'il est ou tel qu'il est perçu. Ils nous décrivent cette situation douloureuse, la population « *rêve d'être mince, se voit grosse et souffre apparemment de la contradiction.* » (p. 63).

G. Apfeldorfer (2008) confirme ce phénomène et s'étonne de la place que prennent les plaintes et souffrances en lien avec l'apparence corporelle dans ses consultations en psychiatrie, il décrit une « *exacerbation des plaintes fondées sur l'apparence corporelle* » (p.71). Il nous interpelle aussi sur les liens entre la maîtrise du corps signe de santé, de jeunesse, de beauté et la réussite de sa vie en tant qu'œuvre à créer :

« il s'agit aussi de maîtriser son corps dont la santé éclatante, la jeunesse permanente, la beauté et la minceur signent la réussite de cette œuvre d'art vitale. La bonne forme, les formes, donnent à voir le niveau de maîtrise qu'on a sur la conduite de son existence. » (Ibid., p. 74)

En effet, le corps a un rôle prépondérant dans notre société, il devient presque un objet de notre société. Le corps reflète la capacité d'une personne à se maîtriser ou à maîtriser sa vie : « *Le corps visible, léger ou lourd, tonique ou relâché figure la maîtrise de soi ou son absence* » (Queval, 2011, p.22). Ainsi, la maîtrise du corps devient un réel défi de vie, parfois même un projet de vie : « *l'enjeu de l'entretien du corps est évidemment majeur. Il équivaut à "réussir sa vie"* » (Ibid., p. 22). Pour relever ce défi, la volonté, la maîtrise et le respect d'un programme sont à l'œuvre. Dans ce schéma, le contrôle de la nourriture, la sculpture du corps et le conditionnement de la pensée sont nécessaires à la réussite de sa vie :

« D'un point de vue individuel, la sculpture de soi prend une dimension programmatique. Elle se nourrit d'injonctions multiples et répétées entraînant le sujet dans un processus volontariste : être en bonne santé, mince et en forme dépend de soi et s'inscrit dans une représentation de l'existence où le corps flexible répercute un devoir être. » (Ibid., p. 20).

Dans le même courant que G. Apfeldorfer qui parle d'« *œuvre d'art vitale* », I. Queval (2011) présente la place de la « *sportivisation des mœurs et des corps* » dans la construction de soi :

« Se diffuse une "sportivisation des mœurs et des corps" dans la société dans laquelle, non seulement l'"exercice", l'activité physique sont devenus des leitmotivs de la recommandation médicale, mais encore les "manière d'être son corps" s'imprègnent de la construction sportive de soi. » (p.25).

Dans ce contexte, l'obésité reflète la non maîtrise voire l'abandon de soi et révèle des caractéristiques négatives de la personne : *« peu saine, obscène, propre aux fainéants, aux relâchés et aux gloutons »* (Garcia, Contreras, 2008, p. 66). Il n'y a plus qu'un pas à franchir pour que la personne obèse représente le "monstre" de la société et qu'elle soit stigmatisée de ce fait. N. Dumet (2009) ose dénoncer cette représentation : *« L'obèse représenterait la monstruosité du monde tel qu'il est devenu (...) et le corps du sujet obèse ne serait que le "miroir du monde" actuel (...) »* (p. 142).

T. de Saint Pol (2013) enrichit cette réflexion et entrevoit l'apparence corporelle de la personne obèse comme un élément de discrimination sociale supplémentaire. Les personnes obèses ont souvent un niveau socio-économique et culturel bas et l'insistance du culte de l'apparence de notre société ne fait qu'augmenter le fossé entre les niveaux socio-économiques. L'apparence corporelle devient alors un indicateur de la classe sociale : *« Les différences de pratique, notamment alimentaires entre milieux sociaux, se traduisent dans les corps et se donnent à voir quotidiennement dans l'apparence des individus, à la fois marqueur d'appartenance et instrument de distinction. »* (p.19).

3. 2. 2. L'assimilation de la personne obèse à son apparence

Comment est-il possible de juger si sévèrement une personne sur son apparence ? G. Apfeldorfer (2008) tente une réponse en argumentant sur nos modes de communication actuels basés sur la séduction et ne tenant plus compte des autres formes de communication comme l'empathie. Il en conclut que l'apparence est première dans l'interaction : *« communiquant sur le mode de la séduction à toute heure du jour et de la nuit, la réalité des individus finit par résider toute entière dans leur apparence. »* (p. 75).

Il continue son argumentation en précisant que, dans cette vision du monde et de l'interaction, la personne obèse est la proie idéale, faible moralement et fragilisée physiquement : *« Dans ce monde, l'obèse représente un parfait bouc émissaire. Il est celui qui a l'image d'une société boulimique, ne maîtrise pas sa consommation. (...) »* (Ibid., p. 76).

C'est dans ce climat que la personne obèse déploie son rapport au corps, son corps devient un mal aimé, la personne s'en éloigne et parfois le rejette, le corps devient un ennemi à combattre. Comme le précise G. Apfeldorfer (2011) : *« Les valeurs sociales du moment conduisent l'individu obèse à haïr son propre corps »* (p.10). La personne obèse a honte de ce corps gros qui désigne la laideur et l'absence de valeur morale : *« je suis laid, gros, je ne vauds rien »* (Ibid., p.11). L'obèse désire inlassablement changer de corps.

Cette haine du corps, que nous retrouvons chez de nombreuses personnes obèses, a des effets néfastes sur la personnalité et sur son mode relationnel. G. Apfeldorfer (2011) décrit un syndrome révélateur de la dévalorisation que certaines personnes obèses vivent, il s'agit du syndrome de Groucho Marx. Ce syndrome atteint la capacité à accepter l'amour de l'autre : « *personne ne peut aimer quelqu'un ayant ce corps* » et la capacité à donner de la valeur à la personne aimante et aimant "ce corps" : « *quelqu'un qui m'aime avec ce corps n'est pas aimable* » (p.11).

En référence à ces représentations sociales dévalorisantes, nous pouvons alors conclure : *Dans la société, le corps encombre l'obèse.*

3. 2. 3. La notion de « délinquance alimentaire »

Ces représentations sociales véhiculent un fardeau plus lourd à porter : l'obésité se voit, elle ne peut être cachée. Nous avons vu, dans les chapitres précédents, que l'obésité est perçue comme une faiblesse, un manque de volonté. Elle est présentée par certains auteurs comme une addiction alimentaire. Le propre de cette addiction est d'être visible, c'est ce qui la rend parfois destructrice. C'est ainsi que G. Apfeldorfer (2009) la décrit : « *Le propre de la délinquance alimentaire est d'être inscrite visiblement dans le corps donné à voir.* » (p. 146). Nous retrouvons ici la stigmatisation liée à l'incontournable apparence de l'obèse, son "défaut" se voit et est assimilé à d'autres caractéristiques.

En effet, l'obésité signe une mauvaise santé, actuelle ou à venir, la laideur voire le reflet du mal selon l'analyse d'I. Queval (2011) :

« Davantage, sans doute, que tout autre apparence corporelle, le "poids du corps" parce que adossé à l'incontestable argument de santé, définit le normal et le pathologique,, mais aussi le beau et le laid, le bien et le mal. (...) Nommer n'est pas neutre et le nom devient vite stigmat. (...) Le paradigme est le sain, qui suppose le contrôle. Aux deux bouts du spectre, l'anorexique et l'obèse incarnent la déviance. » (p. 22) .

Nous retrouvons dans ces propos à quel point la personne obèse vit dans un monde presque hostile, socialement délicat et intérieurement douloureux. Cela affecte l'estime de soi, l'image du corps, la confiance en soi et, de ce fait, aussi la capacité à s'exprimer : comment dire les choses ? décrire ses difficultés dans un monde hostile ? L'excès de poids se voit ... il exprime parfois l'indicible.

C. Grangeard (2013) nous invite à réfléchir sur le rôle de l'obésité comme expression de ce qui ne parvient pas à se dire en mots, l'obésité se voit, elle reflète quelque chose et nomme quelque chose d'indescriptible : « *L' "expression corporelle" s'effectue quand on ne sait pas*

comment utiliser le langage pour dire, quand les mots manquent... Le corps montre, l'excès de poids se voit. C'est un avantage, vu sous l'angle de l'indicible... » (p. 15). Elle reprend la notion d'enveloppe protectrice créée par l'excès de poids, et lui donne une fonction d'éloignement, de mise à distance de la puissance des mots qui sont parfois blessants : « *Les mots blessent, tout le monde le sait. Pour être moins atteintes, certaines personnes installent entre elles et l'agresseur cette protection, cet "édredon". Solution intelligente, dans un premier temps, mais qui s'avère, à terme, un piège.* » (Ibid., p.16).

3. 2. 4. La défaillance de l'image du corps chez le patient obèse

Il existe de nombreuses définitions de l'image du corps et elles varient selon les auteurs. G. Apfeldorfer (2011) décrit l'image du corps comme un ensemble de quatre phénomènes : « *le schéma corporel (Body Percept)* » (p.2) qui est en lien avec le corps perçu (perceptions corporelles proprioceptive, spatiale et discriminative), « *le Soi corporel (Body self)* » (Ibid., p.2) qui est en lien avec le corps situé dans son environnement spatial et temporel, « *le corps fantasmatique (Body fantasy)* » (Ibid., p.2) qui correspond à la représentation mentale et/ou métaphorique du corps et « *le corps conceptuel (Body concept)* » (Ibid., p.2) qui représente les croyances basiques sur le corps et la compréhension de son fonctionnement. Nous ne détaillerons pas chacun des paramètres constitutifs de l'image du corps et prendrons appui sur la définition de A. Chilton (1992) pour avancer dans notre compréhension des troubles de l'image du corps chez les personnes obèses :

« L'expression de la façon dont un individu appréhende son corps, elle joue un rôle important dans la compréhension de soi (...) La nature de perception que nous avons de nous-mêmes est indissociable de celle que nous avons de notre corps » (p. 2).

L'image corporelle est ainsi décrite par la nature de perception que la personne a d'elle-même, une image corporelle négative correspond à une perception déformée de son apparence et des différentes parties de son corps. La perturbation de l'image corporelle est décrite comme l'« *expression de perceptions reflétant une altération dans la représentation de l'apparence, de la morphologie ou de la fonction* » (Nanda International, 2013, p. 322). Elle s'accompagne souvent de phénomènes tels que la peur du rejet, des sentiments négatifs vis à vis de son corps, un refus de toucher ou de regarder son corps, du désespoir, une dissimulation ou une exhibition du corps, un souci démesuré du corps. Ces phénomènes sont souvent associés à de l'anxiété.

Dans leur étude, A. Appart and al. (2007) décrivent les troubles de l'image du corps qu'ils ont observés chez les patients obèses, une image corporelle floue, voire désunie, divisée : « *l'obèse a une image du corps floue (il ignore quels sont les contours de son corps), voire clivée (j'habite un corps qui n'est pas vraiment le mien).* » (p. 156).

L'image du corps ne se modifie pas spontanément et concomitamment dans le cas de la prise de poids ou de la perte de poids. En effet, il existe souvent un décalage entre les variations de poids effective sur la balance et la manière dont la personne se perçoit. Ce décalage peut être perçu ou non perçu et créer une perte de repères corporels, la personne ne se reconnaît pas dans ce nouveau corps qu'elle n'a pas encore identifié comme sien. Ce phénomène est décrit dans le cadre de la perte de poids après chirurgie :

« Après chirurgie de l'obésité, le sujet peut être enchanté de son amaigrissement mais il lui faut parfois des mois pour parvenir à s'identifier dans le miroir. Il peut se percevoir avec un réel sentiment d'étrangeté ou continuer à se voir tel qu'il était avant, superposant sur son corps réel son corps imaginaire. » (Appart and al., 2007, p. 157).

V. Rozée Gomez et al. (2012) s'intéressent au rôle de l'enveloppe corporelle des personnes obèses et décrivent une enveloppe corporelle qui est protectrice psychologiquement. Ce "cocon" protecteur n'a pas de limites et trouble ainsi la perception des limites du corps tant vers l'intérieur de soi comme un gouffre ou un vide intérieur, qu'à l'extérieur de soi révélant une absence de perception des contours du corps. Ces troubles de l'image du corps sont ainsi décrits :

« L'obésité constituerait une sorte d'enveloppe surprotectrice, dans laquelle le sujet n'a plus de limites. Plus précisément, il n'a pas conscience de ses limites corporelles internes et externes. La fragilité de l'enveloppe est perçue de manière significative par leur image du corps défailante. » (p.159).

Nous laisserons la conclusion de ce chapitre sur l'image du corps et l'obésité à M.B. Schwartz et K.D. Brownell (2004) qui nous assurent de l'importance de traiter cette question chez la personne obèses :

« In summary, body image and obesity are related in important ways. Obesity may affect health not only through physiological changes in blood pressure, lipids, and the like, but also through psychological distress, which itself is important because it affects quality of life. Body image is one area where distress occurs, and therefore deserves attention in the field. » (M.B. Schwartz, K.D. Brownell , 2004 p.53)⁹

⁹ Traduit en français : « *En résumé, l'image du corps et de l'obésité sont liés de manière très importante. L'obésité peut affecter la santé non seulement par des modifications physiologiques de la pression artérielle, de l'apport lipidique, etc., mais aussi par le biais psychologique de la détresse, qui elle-même est importante parce qu'elle affecte la qualité de vie. L'image corporelle est un domaine où la détresse psychologique se produit, et ce*

3. 2. 5. La notion de « corps étranger »

S. Benkemoun (2013) relève une autre difficulté, en mettant l'accent sur l'incapacité de la personne obèse à percevoir ses besoins corporels. Elle décrit le processus qui conduit la personne obèse à faire de son corps, un étranger avec qui elle cohabite. Elle note en premier lieu la place du regard jugeant, stigmatisant : « *avoir un corps gros, être une grosse personne, c'est affronter le regard, celui qui évalue et juge, souvent sans s'en rendre compte.* » (p.13). En second lieu, elle décrit le rôle des mots, la difficulté à dire sa souffrance, la douleur à vivre avec ce corps gros. Les barrières édifiées entre soi et soi, entre soi et l'autre, sont telles que le corps n'est plus qu'objet du regard et de la pesée :

« Les mots ne sont jamais assez forts pour parler de cette graisse qui dérange comme une faute de goût impardonnable. Comment sortir de cette violence pour calmer le rejet et aider la personne dans l'“ici et maintenant” ? (...) Plus l'obésité est ancienne et plus les systèmes de défense mis en place éloignent de la réalité de ce corps en le disqualifiant. » (p.13).

Dans un troisième temps, les effets sur le corps, sur la dynamique du corps, sur la perception du corps sont importants, ne cessent de grandir et augmentent l'éloignement de soi et du corps. Les perceptions corporelles ne sont plus que négatives et désagréables, elles véhiculent des sentiments négatifs et vont jusqu'à s'éteindre, créant ainsi une forme d'anesthésie de la réalité du corps :

« Pour une personne obèse, sentir son corps, c'est en ressentir les contraintes, les limitations, la culpabilité et la honte. Pas étonnant que la réponse corresponde la plus souvent à une économie de mouvements entraînant une perte de sensations, un effacement des limites et une véritable anesthésie de la réalité corporelle. » (p.13).

Dans un dernier mouvement, ce corps devenu étranger n'est plus que pensé, il n'est plus perçu, ressenti et vécu. La personne obèse en arrive à oublier son corps. « *Il (le corps) est pensé plus que vécu, oublié plus que valorisé.* » (Ibid., p. 13)

Les troubles du rapport au corps sont réels et affectent le rapport de la personne obèse à sa vie, ils ont des effets négatifs sur l'estime de soi, l'observance thérapeutique, le stress et sur la qualité de vie des patients. Une des voies de résolution réside dans un travail de conscience corporelle (Appart and al., 2007). En effet, il semble nécessaire de permettre au patient obèse

domaine mérite donc une attention. »

de modifier le rapport à son corps et s'engager dans une démarche où le corps n'est plus seulement l'objet du poids et de l'apparence mais devient un corps vécu, animé par la vie.

Ce corps sujet est présenté par W. Hesbeen (1997). Pour lui, le corps n'est pas seulement un organisme qui fonctionne selon la physiologie : « *Le corps sujet ou le corps que l'on est, est celui qui ne peut se limiter à un ensemble d'organes, de membres et de fonctions. Il est différent de la somme des parties qui le composent.* » (p. 10). Il est aussi un corps support de la vie affective, de la vie relationnelle, le corps est vivant, il est le contenant de la vie et de la pensée de l'homme :

« Il est celui que l'approche systématique ne peut maîtriser car animé d'une vie particulière, on peut dire exceptionnellement faite de projets, de désirs, de plaisirs, de risques, de joies et de peines, de sources de motivation, de déception mais aussi d'espérance, etc ... il est celui qui ne peut se soumettre entièrement à la rationalité de l'autre (...) » (Ibid., p.10).

La personne est ainsi sujet de sa vie à travers le rapport qu'elle entretient avec son corps, source de perceptions, d'émotions et d'élan de vie.

3. 3. Les approches corporelles thérapeutiques et éducatives dans l'accompagnement des personnes obèses

Les troubles du rapport au corps apparus lors l'analyse du témoignage des patients et la consultation de la littérature plaident en faveur de l'introduction des approches corporelles dans la prise en charge des personnes obèses. Afin de répondre à cette problématique du corps de l'obèse, la médiation corporelle doit prendre en compte le corps physique (exercices physiques), le corps social (travail sur les représentations), le schéma corporel (*body percept*), l'image du corps, le *Soi corporel (Body self)*, etc. Nous n'avons pas la prétention de l'exhaustivité concernant les approches à médiation corporelle. Cependant, elles méritent d'être abordées car, régulièrement, des articles sont publiés sur cette thématique. Même si ces publications ne prouvent pas l'efficacité de ces approches dans la prise en charge corporelle des personnes obèses selon les critères exigés par la HAS (exceptés les recherches menées sur l'activité physique), il nous semble important de les étudier pour dynamiser notre réflexion autour de cette thématique.

Dans un souci de compréhension, nous avons regroupé ces approches sous les expressions : approches corporelles thérapeutiques et éducatives. Elles peuvent être thérapeutiques dans le sens où elles vont permettre à la personne de faire évoluer voire de soigner le rapport au corps

et éducatives dans le sens où elles vont l'aider à mieux connaître le corps, le *libérer* et à apprendre à prendre soin de *ce* corps négligé. Cette dimension thérapeutique et éducative se retrouve dans le propos de E. Ferragut (2008) : « *Elles (les techniques corporelles) inscrivent la médiation corporelle dans une conception d'ensemble de l'organisation et du fonctionnement somato-psychique fondée sur le lien psyché-soma, son altération dans le trouble ou la maladie, sa restauration dans la thérapie.* » (p. 21).

Cette recherche doctorale vise à ouvrir le débat autour de la pertinence de proposer une approche à médiation corporelle, construite sur la base d'une plus grande connaissance des enjeux du corps spécifiques, aux personnes obèses.

3. 3. 1. Approches corporelles thérapeutiques existantes

3. 3. 1. 1. L'activité physique

Selon les recommandations de l'OMS, il est nécessaire de faire suffisamment d'exercice physique tout au long de la vie pour se maintenir en bonne santé. Il est recommandé de pratiquer « *au moins 30 minutes d'un exercice physique régulier, d'intensité modérée, 5 jours par semaine.* » (OMS, 2004).

L'activité physique régulière, constitue une modalité importante de la prise en charge de l'obésité en participant à la diminution de la morbidité cardio-vasculaire et métabolique. (INSERM, 2008, p. 455-456)

Cette prise en charge physique présente des modalités précises et se définit comme « *tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraîne une augmentation substantielle de la dépense d'énergie au dessus de la dépense énergétique de repos* » (*Ibid.*, p. 149). Il est recommandé en terme d'activité physique dans l'obésité de l'adulte la pratique de 150 à 250 minutes d'activités modérées par semaine avec une dépense énergétique équivalente à 1200-2000Kcal/sem (Mendelson and al., 2012).

La revue de la littérature concernant les recommandations de l'activité physique est très riche et présente un enjeu particulier sur la perte de poids, l'amélioration de la composition corporelle, l'amélioration du métabolisme lipidique, la réduction de l'insulino-résistance et de la stéatose hépatique, et l'amélioration du système vasculaire (Mendelson and al., 2012). Il apparaît important de noter qu'il faut bien définir la nature de l'activité physique et son intensité, notamment dans la prévention de l'obésité :

« Le type d'activité physique capable d'avoir un effet sur la prévention de l'obésité est encore en discussion, notamment faut-il s'intéresser au niveau total de dépense énergétique lié à l'exercice ou à l'intensité de celui-ci ? Enfin, à la promotion de l'activité physique pour lutter contre l'obésité, il paraît utile d'ajouter des mesures concernant la réduction de la sédentarité. » (INSERM, 2006, p. 30).

Nous voyons la distinction faite entre l'activité physique et la lutte contre la sédentarité. En effet, la lutte contre la sédentarité ne se limite pas uniquement à la reprise d'une activité physique comme le décrit J.M. Oppert (2010) :

« Le comportement sédentaire ne représente pas seulement une activité physique faible ou nulle, mais correspond à des occupations spécifiques dont la dépense énergétique est proche de la valeur de repos telles que regarder la télévision ou des vidéos, travailler sur un ordinateur, lire, voire manger... » (p.107)

Cet auteur, chercheur au Centre de recherche en Nutrition de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP) nous révèle aussi des effets sur le plan psychologique de l'activité physique : *« L'activité physique, même d'intensité modérée, a des effets positifs reconnus sur le plan psychologique en améliorant l'humeur, la sensation de bien-être et l'estime de soi. Ces bénéfices psychologiques pourraient être associés à une meilleure adhésion aux conseils diététiques. » (Ibid., p.113).*

3. 3. 1. 2. L'expression corporelle

Quelques articles abordent la question de l'activité physique sous l'angle de l'expression corporelle et de son vécu (Vindevogel and al. 2006, Bouchard 1977, Bernstein and al. 2014). Parmi ces études, celle de M. Vindevogel et de ses collaborateurs (2006) met l'accent sur le vécu singulier de la personne confrontée à *une honte et une haine à l'égard de leur corps* et où l'estime de soi est indissociable de l'image du corps conduisant au *sentiment d'inexistence corporelle*, au *sentiment de vide intérieur* contre lequel il s'agit de lutter. L'étude en question se structure autour de trois axes, axe d'éducation nutritionnelle, axe corporel et axe d'expression émotionnelle. L'axe corporel s'appuie sur la relaxation sophrologique qui considère l'être humain comme un tout et où le corps et l'esprit font tous deux partie de la conscience et s'influencent mutuellement. Dans cette perspective, une sophronisation est un moment de rencontre avec soi-même et avec son corps. Les résultats de la relaxation sophrologique montrent qu'elle procure un réinvestissement positif du corps, ravive la structuration du schéma corporel et réajuste l'image du corps, et enfin favorise une certaine

autonomie du patient quant à la gestion de ses sensations et émotions. Tout cela, conclut l'étude, participe à la conscience de soi et à celle des comportements.

3. 3. 1. 3. *L'art thérapie*

L'art-thérapie est une pratique de soin par les médiations artistiques telles que les arts plastiques, la danse, la musique et le théâtre. L'art-thérapie par le média des arts plastiques permet au patient obèse de se rencontrer autrement, de retrouver un lien avec son corps réel ou imaginaire comme nous le disent I. Carrard et al. (2012) :

« Le patient obèse découvre une nouvelle manière de se rencontrer par l'entremise de matière, de couleurs et d'images. (...) Le corps tout entier est impliqué dans la création : le corps réel, le corps imaginaire et le corps fantastique sont présents tout au long du processus de création. » (p.6).

Ces retrouvailles avec le corps "ennemi" ne se font pas sans difficultés, le thérapeute accompagne ces tensions constructives : *« La mise en relation de la "réalité du dedans" suscite une énorme tension qui peut être soulagée en proposant un espace d'expérience et de créativité "suffisamment" souple et "suffisamment" ferme et fiable. » (Ibid., p.7).* Le guidage en art-thérapie aboutit à une création qui reflète la personne dans son entièreté : *« l'objet créé est une représentation de la personne. C'est l'auteur qui lui donne existence et en contrepartie, l'œuvre donne vie à l'auteur, à quelque chose qui appartient à l'histoire de ce dernier. » (Ibid., p.7).* Cette observation des effets de l'art-thérapie nous montre à quel point la sollicitation corporelle via la médiation artistique sollicite la personne dans ses dimensions psychiques, affectives et émotionnelles.

La danse-thérapie, quant à elle, mobilise le corps directement dans son expression et dans son apparence : *« la danse improvisée permet aux patients de s'exprimer librement, d'accueillir et d'expérimenter un aspect de leur personnalité qui leur est étranger, enfoui. » (Ibid., p.8).* Les effets de cette approche concernent la personne sur le plan perceptif, représentationnel et influencent l'estime de soi, la qualité de vie :

« Un programme de danse thérapie permet aux patients obèses d'améliorer leurs perceptions sensorielles et leurs représentations d'eux-mêmes, l'estime de soi et leur qualité de vie. (...) ils apprennent à améliorer, à affiner la perception de leur corps au repos et en mouvement en travaillant, au quotidien, leur conscience corporelle avec des outils simples qui renforcent leur sentiment d'autonomie et leur motivation. » (Ibid., p.8).

Cette mobilisation active et rythmée du corps permet un changement dans le rapport au corps de la personne obèse : *« Le corps n'est plus une forteresse dans laquelle ils se barricadent, ce*

n'est pas non plus un ennemi contre lequel ils retournent leur colère et leurs frustrations. Leur corps devient un lieu où se ressourcer et se connaître (...). » (Ibid., p.8).

3. 3. 2. Approches corporelles éducatives existantes

3. 3. 2. 1. *Le mindfulness*

Les techniques de « Mindfulness » sont des techniques basées sur le développement de la pleine conscience. Dans leur étude, N.N. Singh et al. (2008), “A mindfulness-based health wellness program for managing morbid obesity, Clinical Case Studies”¹⁰, appliquent la pleine conscience au moment des repas, la personne doit mieux comprendre ses habitudes alimentaires, augmenter la mastication de la nourriture, isoler les goûts des aliments et se concentrer pleinement sur l’acte de manger (p.6). Cette pratique est complétée d’un programme de sensibilisation à l’alimentation, d’exercices physiques, de visualisation de la faim comme un objet par exemple afin d’extérioriser la sensation de faim et la méditation.

Il apparaît que, pour une personne en obésité morbide, ce programme suivi pendant cinq ans, a eu des effets sur la perte de poids, le changement de style de vie, la baisse de la détresse physique et une meilleure santé.

La conclusion de cette étude est : “*As clinicians, we realized that the individual was ultimately responsible for his own lifestyle change and our role was to enable and facilitate the process.*”¹¹ (Ibid., p.11) nous montre à quel point le changement de mode de vie ne peut qu’être de la responsabilité de la personne, les prises en charge ne sont que des soutiens, des révélateurs, des créateurs d’opportunité.

3. 3. 2. 2. *Le Tai Chi Chuan*

Le Tai Chi Chuan est une technique basée sur le développement des sensations du corps, de la conscience du poids dans le déplacement du corps, de la conscience de l’alignement du corps, de la coordination des mouvements et de la respiration (Dechamps et al., 2009). Dans leur étude, A. Dechamps et al. (2009) montrent les bienfaits de la pratique du Tai Chi Chuan

¹⁰ Traduit : Un Programme de santé et de bien-être pour la gestion de l’obésité morbide par les techniques de base de la pleine conscience.

¹¹ Traduit : Comme cliniciens, nous avons réalisé que l’individu était nécessairement responsable de son propre changement de vie et notre rôle est de permettre et de faciliter le processus.

pendant dix semaines. Ils considèrent cette approche comme la pratique d'exercices physiques d'intensité modérée et ont observé que la pratique régulière de cette approche permet une amélioration de l'observance en lien avec les exercices physiques.

Cette première étude sur l'inclusion de la pratique du Taï Chi Chuan dans les programmes multidisciplinaires de prise en charge de l'obésité possède des avantages : « *This pilot study is the first to report benefits from a multidisciplinary weight management program incorporating TC exercises compared with conventional structured exercises among obese women* »¹² (Dechamps, 2009, p.52). Elle met en évidence des effets sur l'observance, sur le reconditionnement physique, sur la stabilisation de l'humeur et sur l'amélioration du sentiment d'auto-efficacité.

Nous voyons ici les effets d'une pratique corporelle conscientisée, associée aux prises en charge habituelles, sur des paramètres de la personnalité qui vont bien au delà du déploiement d'une simple conscience corporelle.

3. 3. 2. 3. *Le yoga*

Le yoga est une science indienne ancienne, elle combine des postures (asanas), des pratiques respiratoires (pranayama) et de la méditation. Parmi les différentes techniques de yoga, les exercices de respiration peuvent être effectués en position assise et sont moins difficiles pour les personnes qui sont physiquement inactives.

Dans leur étude, S. Telles et al. (2010) montrent les impacts sur la santé à court terme d'un programme de yoga et de changement d'alimentation sur l'obésité sur une population de personnes obèses en Inde. Les pratiques de yoga insistant sur les techniques de respiration (deux sessions par jour de une heure trente) et de changement d'alimentation basée sur la consommation de fruits et légumes frais, de lentilles, de lait de vache et de glucides complexes peuvent réduire l'IMC de personnes obèses et cela en 6 jours. Ils présentent :

« *Following 6 days of yoga and a vegetarian diet, there was a significant decrease in BMI, lean mass, water content, waist circumference, hip circumference, total cholesterol, high density lipoprotein (HDL), and serum leptin levels ($p < 0.05$, comparing the values at the end of the camp with the values at the beginning ; t-test for paired data)* »¹³ (p. 37).

¹² Traduit : « Cette étude pilote est la première à déclarer des avantages d'un programme de gestion du poids multidisciplinaire incluant des exercices de TC par rapport aux exercices structurés classiques chez les femmes obèses. »

¹³ Traduit : Après 6 jours de yoga et un régime végétarien, il y avait une diminution significative de l'IMC, la masse maigre, teneur en eau, le tour de taille, tour de hanche, le cholestérol total, lipoprotéines de haute densité

Les effets d'un tel programme court sont réels sur l'IMC mais aussi sur le cholestérol total, la lipoprotéine HD, le tour de taille des hanches, ils notent aussi une augmentation de stabilité posturale et de la force de préhension de la main.

3. 3. 2. 4. La thérapie centrée sur la perception des sensations alimentaires

Dans leur approche sur la perception des sensations alimentaires, K. Kureta-Vanoli et U. Menneteau (2010) insistent sur l'importance de retrouver le goût des aliments, les signaux corporels et de sortir des croyances alimentaires, de la restriction cognitive :

« Il s'agit de les aider (les patients) à se connecter aux signaux du corps, à leur faire confiance, pour mieux choisir ce qu'il leur faut, à un moment donné. Pour accompagner ce travail, il est indispensable que le thérapeute soit libéré de toute croyance concernant les "bons" ou "mauvais" goûts et aliments. » (p.172).

Cet apprentissage sensoriel n'est pas uniquement basé sur les sensations alimentaires, il sollicite tous les sens de la personne visant ainsi la stimulation sensorielle multi-modalitaire plus efficace : *« le travail sur les cinq sens aide le patient à sentir son corps de façon positive, à guetter et à respecter ses signaux, au lieu de le juger et de le contrer par des restrictions. » (Ibid., p.174).* Ce travail perceptif permet dans le même temps aux patients de retrouver un lien avec leur présent, en savourant leur alimentation, ils apprennent à savourer l'instant présent : *« ils apprennent à apprécier intensément l'instant, au lieu d'attendre, par exemple, la minceur pour commencer à vivre ou de rester dans un regret du passé difficile à lâcher. » (Ibid., p.174).* Cette approche vise aussi à nommer les aliments, les sensations qu'elles véhiculent dans le but de réduire les comportements d'impulsivité :

« Définir les sensations gustatives du rassasiement à l'aide d'un vocabulaire enrichi améliore la perception du rassasiement mais aussi l'ensemble des sensations corporelles, notamment celles produites par les émotions. La conscience des émotions et la capacité à les désigner par des mots contribuent bien souvent à réduire l'impulsivité alimentaire. » (Menneteau et al., 2009, p.122)

Dans ce cadre, les patients apprennent à reconnaître le pouvoir de certains aliments, notamment dans l'alimentation dite émotionnelle ou de compensation, à savourer ces aliments pour leur donner leur plein potentiel d'apaisement attendu : *« Selon l'efficacité émotionnelle de l'aliment pour le mangeur et l'attention qu'il porte à la dégustation de chaque bouchée, la*

(HDL), et les niveaux sériques de leptine ($p < 0,05$, en comparant les valeurs à la fin du camp avec les valeurs au début ; test t pour données appariées).

motivation à manger disparaît après une quantité plus ou moins importante. (...). » (Kureta et al., 2010, p.169). Nous voyons ici la place de ces thérapies centrées sur le goût des aliments dans leur influence sur la culpabilité, la gestion émotionnelle des situations de stress et ainsi la qualité de vie des patients obèses.

3. 4. Pratiques de l'infirmière clinicienne¹⁴ en service de Nutrition Clinique

Dans ce chapitre sur les pratiques étudiées, nous nous intéressons à l'infirmière clinicienne, son statut, sa place et ses outils dans l'accompagnement pluridisciplinaire de la personne obèse.

3. 4. 1. Statut d'infirmière clinicienne

L'infirmière clinicienne¹⁵ a la vocation de dépasser l'acte de soin infirmier technique et de développer une approche plus globale de la personne, en prenant soin d'une personne et en l'accompagnant à prendre soin d'elle. Comme le dit M.-C. Fédor, l'infirmière clinicienne « *dépasse la technique maîtrisée (pour) retrouver l'essence des soins, le "prendre soin" »* (2004, p. 46).

Le soutien proposé, par cet acteur de santé, vise préférentiellement les personnes souffrant de pathologies chroniques. Il accompagne les patients, en les aidant à « *traverser les étapes de la maladie ou à faire des projets* » (Ibid, p. 46) par le média de l'entretien et souvent du toucher. Il aide le patient en faisant le point régulièrement sur l'évolution de sa maladie et en analysant sa situation dans un projet de maintien de l'autonomie.

Cependant, l'infirmière clinicienne peut aussi avoir un rôle à jouer auprès de l'entourage des patients. Dans ce cadre, elle est attentionnée à « *restaurer les liens avec leur entourage* » (Ibid, p. 46) quand cela est nécessaire et elle peut aussi accompagner « *les familles dans la gestion des situations de crise* » (Ibid, p. 46). Cette action de proximologie ne sera pas développée plus largement car elle n'est pas proposée dans le service de Nutrition Clinique dans lequel je réalise ma recherche.

¹⁴ Remarque : nous utilisons le féminin du terme « infirmier clinicien » pour faciliter l'exposé car ce sont deux femmes – infirmières cliniciennes – qui pratiquent la relation d'aide à médiation corporelle dans notre étude.

¹⁵ L'infirmière clinicienne est une infirmière diplômée d'Etat qui a suivi une formation complémentaire validée par un certificat d'aptitude à la démarche clinique de l'infirmière. Cette formation vise à développer les aptitudes d'accompagnement de l'infirmière.

Puis, le rôle de l'infirmière clinicienne s'étend aussi auprès de l'équipe dans laquelle elle s'inscrit. Cette présence auprès de l'équipe soignante peut prendre quatre orientations. Elle peut devenir une personne ressource dans les situations difficiles entre personnel soignant et patient. Par exemple, M.-C. Fédor décrit une situation où le personnel soignant est en difficulté : « *Elle réclame sans cesse, elle nous accroche. Nous essayons de l'écouter. On ne sait plus quoi faire ! Peux-tu aller la voir ?* » (Ibid, p.47). Après un temps pour re-crée les conditions de la confiance avec la patiente, cette dernière exprima son isolement et son manque d'information. L'infirmière clinicienne transmet donc à l'équipe les questions, demandes et attentes de cette patiente et a permis de retrouver le lien entre patiente et équipe soignante.

L'infirmière clinicienne est aussi formée à l'analyse de la pratique infirmière, à la formation d'une équipe aux techniques de relation d'aide. C'est à partir de cette compétence qu'elle peut adapter sa pratique à des populations de patients variées et en fonction du besoin du "moment" du patient. Cette activité réflexive est mise au service de l'amélioration de l'observance thérapeutique, de la démarche d'autonomie en santé et du développement de stratégies d'adaptation. Les interventions qui en découlent peuvent être novatrices par rapport aux tâches habituelles. Le raisonnement clinique favorise ainsi le développement d'innovation dans les approches de soins, de nouveaux savoirs cliniques et l'amélioration de la qualité des soins. Elle peut aussi s'impliquer dans des projets de recherche afin de faire évoluer le "prendre soin" des patients.

Nous voyons clairement ici les contours de l'activité de l'infirmière clinicienne, ses enjeux et ses possibilités de pratique très variées, de l'accompagnement du patient et de l'entourage, à l'enrichissement de la pratique infirmière par l'analyse de pratique et la recherche.

Abordons maintenant cette pratique appliquée à la personne souffrant d'obésité.

3. 4. 2. Place de l'infirmière clinicienne en service de Nutrition Clinique

Avant d'aborder la place de l'infirmière clinicienne en service de Nutrition Clinique, il me semble important de préciser la notion de diagnostic infirmier.

Le diagnostic infirmier¹⁶ est défini comme un « *jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels, ou de processus de vie d'un individu, d'une famille*

¹⁶ Les infirmiers D.E. sont habilités à établir des diagnostics propres à leur pratique. Ces différents diagnostics sont recensés précisément et font l'objet d'ouvrages spécifiques sur lesquels je vais m'appuyer pour mieux connaître cette pratique.

ou d'une collectivité. » (Nanda International, 2013, p.557). À partir de ce diagnostic, l'infirmier oriente sa pratique de soins : « *Un diagnostic infirmier sert de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmier(e) a la responsabilité (approuvée lors de la 9^o conférence de NANDA ; amendée en 2009).* » (Ibid., p.557).

Les diagnostics infirmiers sont définis et classifiés selon treize domaines d'action, comme la perception de soi ou l'adaptation au stress. Ces domaines d'action sont séquencés en plusieurs classes (quarante-sept au total), elles-mêmes divisées en sous classes. La richesse de ces possibilités diagnostiques oblige les infirmiers à sélectionner quelques domaines d'action en fonction de la pathologie du patient auquel il s'adresse. Cette sélection se nomme le *diagnostic prévalent*. Le diagnostic prévalent est réalisé par chaque praticien, il n'est pas uniformisé pour tous les infirmiers autour d'une pathologie.

Dans le service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand, le *diagnostic infirmier prévalent* utilisé a été élaboré par les infirmières du service, à partir de leur connaissance de l'obésité (théorique et pratique) et de ses problématiques propres. Il porte sur trois domaines d'action : la perception de soi, l'adaptation au stress et les principes de vie. De manière plus précise, pour le domaine de la perception de soi, les classes : estime de soi et image corporelle sont retenues, pour le domaine de l'adaptation au stress, de nombreuses classes que je détaillerai ultérieurement sont retenues, et pour le domaine des principes de vie, la classe de l'observance thérapeutique est retenue.

Afin de simplifier l'exposé, comme nous l'avons mentionné précédemment, ces différents indicateurs ont été regroupés sous le terme générique "relation à soi". C'est ce vocable que nous avons choisi de retenir, sachant que l'ensemble de la relation à soi ne se limite pas à ces cinq indicateurs.

Les infirmières cliniciennes réalisent des bilans initiaux et des suivis de patients, axés sur les cinq indicateurs cités précédemment. Il apparaît clairement que ceux-ci sont en lien étroit avec les aptitudes d'accompagnement, des personnes souffrant de maladie chronique, développées par les infirmières cliniciennes. Afin de mieux connaître les orientations thérapeutiques et éducatives des infirmières cliniciennes en lien avec ces indicateurs, qui sont aussi référencés dans les problématiques de vie des patients obèses, nous les abordons séparément.

Le premier indicateur concerne l'estime de soi. L'infirmière, par le biais d'un entretien, aide la personne à décrire ses sentiments de honte vis-à-vis d'elle-même, de culpabilité, d'incapacité. Puis, elle oriente son projet d'accompagnement plutôt vers « *comment elle se perçoit (...), les idées fausses qu'elle entretient sur elle-même (...) explorer les forces et les ressources qu'elle possède (...)* » (Fedor, Leyssene-Ouvrard, 2010, p.18). Nous retrouvons ici l'accompagnement du patient, tel que décrit dans un chapitre précédent, un accompagnement global de la personne visant à développer une meilleure connaissance de soi, de sa maladie et à retrouver une dynamique de projets adaptés à ses capacités.

Le second indicateur questionné dans la prise en charge de l'infirmière clinicienne s'adresse à l'image corporelle. Ce trouble est très fréquent chez la personne souffrant d'obésité, l'accompagnement proposé sera ciblé sur la perception de soi à travers l'enrichissement de perceptions corporelles et la verbalisation de ses perceptions.

Le troisième indicateur abordé est moins spécifique. Le bilan infirmier cherchera à noter si des signes extérieurs d'anxiété ou de malaise sont présents comme « *tremblements de la voix, tics, (...) nervosité, (...) irritabilité, (...) difficultés de concentration* » (Ibid., p.18). La relation d'aide infirmière proposée visera essentiellement à permettre au patient de retrouver de la confiance, en lui, en son corps, en ses émotions.

Le quatrième indicateur qui sera étudié est l'observance thérapeutique. Souvent, le patient n'a pas conscience de son manque d'observance, le bilan infirmier portera donc sur « *les comportements indiquant que la personne n'adhère pas (...) stagnation ou prise de poids (...) difficulté de compréhension ou d'organisation* » (Ibid., p.18). Les effets indirects perçus de la non observance thérapeutique peuvent permettre d'engager un échange autour des « *peurs, (...) de la compréhension de la personne (...) de ses croyances, (...) des changements possibles, (...) objectifs accessibles* » (Ibid., p.18). L'accompagnant fait ici preuve de beaucoup de tact et délicatesse afin de maintenir un climat de confiance et de sérénité favorable à l'élaboration de projets co-construits (soignant-patient), plus faciles à observer.

3. 4. 3. Pratiques spécifiques de l'infirmière clinicienne proposées aux patients obèses

Dans le cadre de notre étude observationnelle en santé, nous avons observé que les deux infirmières cliniciennes ont des pratiques qui reposent sur un socle commun tout en étant différenciées, ceci était le fait de leur formation complémentaire. L'une est formée à la relaxation et au Qi Gong et l'autre est formée à la psychopédagogie perceptive.

La démarche de soins de l'infirmier clinicien s'inscrit dans une approche globale de la personne, répondant au modèle holistique de santé :

« La conception holistique de la santé refuse tout mode de compréhension dichotomique (...) de la personne en situation de soins. (...) la philosophie de soins holistique modélise l'être humain sous la forme d'un triangle dont les angles sont formés par le corps (body), les fonctions supérieures (mind) et la composante spirituelle (spirit). (Johnson, 1990, p.129-139). Le modèle intègre également l'influence jouée par les interactions que la personne entretient avec son environnement. » (Debout in Formarier, Jovic, 2009, p. 277).

En utilisant principalement la relation d'aide (Rogers, 1951, 1972, 1998, 2001, 2005), elle aide le patient à faire le point régulièrement sur l'évolution de sa maladie, à analyser sa situation dans un projet de maintien de l'autonomie et à adapter son parcours de soins. L'infirmière clinicienne a une formation spécifique qui privilégie deux approches du patient, l'approche verbale selon le modèle de la relation d'aide et l'approche corporelle selon plusieurs techniques de soins (relaxation et exercices gestuels notamment).

Rappelons que la place de l'infirmier clinicien en service de Nutrition Clinique a été présentée par A. Basdevant dans son « Plan d'action : Obésité – Etablissement de soins » en avril 2009. Il décrit la reconnaissance de l'activité « Infirmier Clinicien en Nutrition » comme un *progrès*. Cet infirmier a pour *mission d'analyser le mode de vie, l'aptitude au changement, le suivi, l'accompagnement et la relation d'aide*.

Nous tenons à préciser que chaque instrument pratique proposé aux personnes obèses et étudié dans le cadre de cette recherche, a pour vocation de leur permettre de vivre une expérience corporelle susceptible d'optimiser la relation à soi. En effet, comme nous l'avons relevé précédemment, le rapport au corps est pour le moins délicat, souvent dévalorisé, renié, rejeté et nous souhaitons, à travers des actions soignantes et éducatives solliciter le concept de soi qui englobe comme nous le verrons dans le chapitre suivant les dimensions d'image de soi, de représentation du corps, et du sentiment d'existence sur la base d'un vécu organique.

3. 4. 3. 1. Relation d'aide à médiation corporelle : groupe 1¹⁷

C. Rogers, docteur en psychologie, a élaboré le modèle de la relation d'aide en insistant sur l'aspect relationnel de l'aide aux patients. En effet, il décrit les caractéristiques nécessaires à cette relation d'aide en termes de compétences à acquérir par le praticien. Parmi ces compétences, il présente la capacité à être perçu comme quelqu'un de confiance, la capacité

¹⁷ Cette pratique est proposée aux patients du groupe 1 de notre recherche.

de congruence, le non jugement d'autrui et la capacité à considérer la personne comme inconditionnellement valable, l'empathie. Ces compétences mises au service du patient créent un climat de confiance propice à ce que la personne explore sa propre expérience de manière sereine.

Le support principal de la relation d'aide est l'entretien non directif. Cet entretien est, comme cela est précisé par C. Rogers (2005), tout d'abord le fruit de la relation humaine entre le thérapeute et le "client" : « *De nombreux entretiens bien intentionnés échouent parce qu'une relation satisfaisante n'est jamais établie* ». (p.92). La relation se doit de respecter des principes : « (elle) *s'exprime d'abord en un lien authentique pour le client et en son acceptation en tant que personne* » (Ibid., p.94), elle est aussi « *exempte de toute forme de pression ou de coercition.* » (Ibid., p.95).

L'entretien non directif est observationnel et compréhensif, il a pour objectif de laisser le client dérouler son expérience en toute confiance. Le thérapeute ayant un rôle d'observateur empathique, il tente de : « *reconnaître et interpréter les sentiments que le client exprime verbalement ou par des actions* » (Ibid., p.128).

Ce mode relationnel verbal empathique et « expérimenté » permet au patient d'améliorer sa connaissance de soi comme nous le dit C. Rogers : « *ce qui a pour conséquence une perception et une compréhension de soi plus grande* » (Ibid., p.128). Dans cette approche, c'est le client qui a la solution à son problème, le thérapeute crée les conditions pour qu'il accède à cette solution en lui permettant d'accueillir ses sentiments et ses émotions et de modifier son rapport perceptif à lui-même : « *L'expérience de dire des sentiments jusque là inhibés entraîne beaucoup plus qu'un sentiment de libération. Inévitablement, elle transforme la perception que l'individu a de lui-même.* » (Ibid., p.176).

La relation d'aide à médiation corporelle emprunte la voie du corps pour permettre à la personne d'accéder à son expérience de soi. Les techniques corporelles proposées sont des techniques tout d'abord intériorisées qui visent la mobilisation de la personne dans son aspect physique, cognitif, relationnel et comportemental.

3. 4. 3. 1. 1. Les exercices gestuels inspirés du Qi Gong : travail postural et en mouvement

Le Qi Gong base sa théorie sur la physiologie chinoise qui reconnaît trois éléments dynamiques pour la santé et l'équilibre du corps et du psychisme : l'énergie (Qi), le sang

(Xué) et les liquides organiques (Jin Yé). Les pratiques corporelles issues de cette physiologie visent à retrouver l'équilibre entre ces trois éléments, la physiologie de la circulation du sang dans les vaisseaux, des liquides dans la chair et les linéaments de la peau, le Qi dans les méridiens.

Au sein de cette philosophie chinoise, l'homme est considéré comme étant positionné entre le ciel et la terre : « *il est l'image du Ciel-Yang et de la Terre-Yin* » (Réquena, 2009, p.71). Ainsi, il prend une place centrale entre deux forces complémentaires : le Yin et le Yang : « *Tout ce qui existe, chaque être, chaque phénomène, est soumis à cette loi du Yin-Yang. En tant que phénomène, l'homme procède du Yin-Yang et symboliquement, le Ciel représente l'archétype du Yang ; la terre, celui du Yin.* » (Ibid., p.71)

Le Qi Gong a subi de nombreuses évolutions selon les courants culturels à travers les siècles, nous retiendrons que ces exercices physiques, lents, imitant des mouvements d'animaux réputés pour leur longévité, ou ces exercices de tonification des muscles alliés à la concentration et au contrôle du souffle, ces exercices de méditation ou de mise en circulation des méridiens, ont tous comme objectif de maintenir l'équilibre entre le Yin et le Yang de l'être humain et la physiologie des trois éléments.

Ces exercices sont reconnus pour « *augmenter la vigueur, former le caractère, fortifier les bons penchants, éliminer les mauvaises tendances de l'individu* » (Ibid., p.21) ou encore pour « *dans un but de prévention, (...) améliorer leur santé, tonifier le corps et le rendre robuste.* » (Ibid., p.25). Ces exercices pratiqués en situation de soins pour les patients obèses permettent aux patients de se reconnecter avec leur corps, de développer leur rapport à l'espace et de retrouver une discipline corporelle visant la santé et l'équilibre.

3. 4. 3. 1. 2. La relaxation accompagnée d'exercices de visualisation

D.D. De Bousingen (1992) définit la relaxation comme :

« une technique de mobilisation de l'attention en vue de détendre l'organisme. Plus précisément, c'est une conduite thérapeutique, rééducative ou éducative, utilisant des techniques élaborées et codifiées, s'exerçant spécifiquement sur le secteur tensionnel et tonique de la personnalité. La décontraction neuromusculaire aboutit à un tonus de repos, base d'une détente physique et psychique » (De Bousingen cité par Berghmans, Tarquinio, 2009, p 78).

La relaxation s'appuie sur des techniques de respiration accompagnée et sur des techniques de relaxation dynamique psychomotrice (Guiose, 2007). Certaines techniques peuvent aussi être accompagnées d'exercices visualisation. Dans tous les cas, la relaxation vise à, selon H. Benson (1997), à atténuer les facteurs de stress, nous retrouvons ainsi une diminution des

rythmes du corps comme le rythme cardiaque ou respiratoire, une baisse du niveau de vigilance ou *niveau d'alerte* et ainsi la détente physique et psychique de la personne.

Dans son ouvrage de synthèse sur la relaxation, D. Servant (2009) référencent les études scientifiques qui valident les effets de la relaxation musculaire progressive : « *La relaxation musculaire appliquée serait aussi efficace que la thérapie cognitive dans l'anxiété généralisée (Arntz, 2003, Borkovec, 1993, Öst and al. 1993, 2000)* » (p.5) et de la relaxation basées sur les techniques de visualisation : « *des études montrent que la visualisation améliore le bien-être chez les patients présentant un cancer (Bakke et coll, 2002, Bardia et coll, 2006, Eremin et coll, 2008)* » (Ibid., p.39)

La relaxation, dans le cadre de l'obésité, va permettre au patient d'apprendre à mieux gérer ses problématiques alimentaires, émotionnelles et d'améliorer son rapport au corps surtout dans la remise en lien avec les sensations du corps.

3. 4. 3. 1. 3. L'auto-massage

La place du toucher dans la construction de l'identité de la personne n'est plus à démontrer. En effet, D. Andrieu, (2008) insiste sur l'importance de la fonction *contenante* du toucher et son rôle dans la construction somato-psychique d'une personne. Il précise la place et le rôle du toucher dans le soin, le lien social et l'estime de soi : « *Contre la déshumanisation, la reconquête sensorielle est progressive et s'opère par une présence, une interaction et un accompagnement : le soin de toucher doit prendre en compte l'inexpérience des sujets et l'état de leur corps.* » (Andrieu, 2008, p.58). Le toucher est un « prendre soin » : « *Il soigne la relation à autrui en reconstruisant le lien social et l'estime de soi. Le toucher prend soin de l'autre et de soi.* » (Ibid., p.58).

C. Defresne (2009) de son côté, entrevoit le toucher comme un langage, un mode de communication, sur lequel le soin peut prendre appui : « *le toucher, le tact, le contact mettent en jeu notre mode de relation, de communication envers soi et les autres. C'est un langage qu'il faut apprendre à décoder. Le toucher est donc un soin relationnel.* » (Defresne in Formarier M, Jovic L., 2009, p. 286).

Les massages permettent à une personne de retrouver une relation à soi et au corps plus sereine : « *Les massages permettent de prendre conscience de son corps et de décider d'avoir une relation saine avec lui en en prenant soin.* » (Blanchon, 2006, p.51). Les approches développant l'auto-massage, un massage appliqué par la personne elle-même sur elle-même, s'appuient sur ces fonctions de construction voire de reconstruction de l'enveloppe corporelle

et de relation à soi. Elles ont comme objectif de permettre à une personne, grâce à cet auto-toucher, de retrouver une relation de confiance, de reconnaissance et de sérénité avec son propre corps.

« Le self massage est une méthode applicable au cours des différents moments de la journée et qui peut mobiliser votre énergie avec quelques « respirations », quelques gestes efficaces. Vous sentirez alors immédiatement une détente s'installer. Vous prendrez alors conscience de vos mouvements, de vos attitudes, de vos sensations ... Vous vous percevez et vous aurez conscience de votre expression corporelle » (Ibid., p.51-52)

Cet acte de reconnaissance de soi est intéressant à proposer aux patients obèses qui souffrent de ne pas percevoir leur corps et les changements corporels qu'ils rencontrent notamment lors de l'amincissement ou de la prise de poids.

3. 4. 3. 2. Approche de la relation à soi par la médiation corporelle - Psychopédagogie perceptive : groupe 2¹⁸

La psychopédagogie perceptive est une discipline qui trouve son ancrage dans le champ des sciences de l'éducation au carrefour du soin et de l'éducation (Bois, 2007, 2009, Bois, Austray, 2007, Bois, Bourhis, 2010). Il s'agit d'une pédagogie à médiation corporelle qui donne une place centrale au patient. Ainsi, tout est mis en œuvre pour que le patient de *passif* devienne *actif*, de spectateur de sa santé devienne acteur de sa santé. L'accompagnement du processus éducatif n'a pas pour objet principal de soigner mais de créer des compétences d'auto-soin pour la personne.

La psychopédagogie perceptive s'inscrit dans le paradigme de la phénoménologie et plus précisément dans l'approche sensible de la phénoménologie. Elle est basée sur le concept de l'expérience du Sensible :

« Faire l'expérience du Sensible n'est plus alors percevoir le monde, ce n'est plus non plus percevoir son corps, c'est se percevoir percevant (...) "se percevoir percevant" est déjà le signe que le vécu corporéisé émergeant de la relation au Sensible est bien conscientisé par le sujet, mais c'est aussi la marque du rapport singulier que le sujet installe avec l'expérience éprouvée. » (Bois, Austray, 2007, p.9).

Dans cette perspective, l'expérience sensible proposée, est, selon H. Bourhis (2012), *« entrevue sous l'angle du vécu, perçu par le sujet qui éprouve et s'éprouve dans l'action immédiate. »* (p.116). A. Klein (2007) souligne l'importance de mobiliser le vécu du patient,

¹⁸ Cette pratique est proposée aux patients du groupe 2 de notre recherche.

notamment dans son impact sur la santé : « *La santé est avant tout un vécu, une situation existentielle, un état d'être, et non des courbes, des statistiques : la santé est un vécu du corps, non un ensemble de métaphores médicales du corps.* » (p.8).

Cette notion essentielle du vécu est reprise par D. Laemmlin-Cencig (2015) : « *Le vécu, concerne aussi l'estime de soi, le mieux-être et peut avoir un impact sur sa santé de manière positive ou négative.* » (p.137). Cette chercheuse note les effets de la psychopédagogie perceptive chez des sujets consultant pour des douleurs physiques chroniques ou des souffrances psychiques. Elle relève une *reconstruction identitaire* (Ibid., p.428), un *sentiment d'existence positif* (Ibid., p.428) et la *sensation d'une unité entre le corps et l'esprit* (Ibid., p.429). Même si les participants à la recherche n'étaient pas des patients obèses, il est possible de présager d'un résultat proche ou similaire concernant la capacité à apprendre d'une expérience corporelle et sensible et notamment au niveau de la reconstruction identitaire et du sentiment d'existence plus positif, dont les personnes obèses souffrent particulièrement.

Des effets de cette pratique d'accompagnement de la personne sur l'estime de soi ont été mis en évidence par V. Bouchet (2015) dans sa recherche auprès de dix sept personnes. Ces effets nous intéressent tout particulièrement car, comme nous l'avons vu précédemment, les personnes obèses souffrent d'une faible estime de soi à partir d'une apparence physique.

La psychopédagogie perceptive semble aussi s'adresser au changement de l'image du corps. Emmanuelle Duprat (2009) dans son étude auprès de personnes souffrant de TCA observe : « *L'image de soi peut ainsi se reconstruire à travers un rapport à son intériorité, selon des repères et des indicateurs internes, et pas seulement à travers un travail sur les représentations psychiques.* » (p.373)

3. 4. 3. 2. 1. Les instruments pratiques de la psychopédagogie perceptive

Les mises en situation pratique qui sont proposées dans le cadre du service de Nutrition Clinique, sont le toucher manuel de relation, la gymnastique sensorielle, l'introspection sensorielle et l'entretien à directivité informative.

- *Le toucher manuel de relation*

Parmi les outils de la psychopédagogie perceptive, une grande place est donnée au toucher manuel de relation. « *Toucher quelqu'un, ou être touché par quelqu'un, veut dire beaucoup plus que le simple fait de toucher tactilement, c'est ressentir les effets de la rencontre, de la relation à l'autre.* » (Laemmlin-Cencig, 2015, p.141). Ainsi la notion de toucher manuel de

relation est très souvent associée à la notion de relation d'aide (Bonneton-Tarabies, Lambert-Libert, 2006 ; Van Manen, 1999 ; Vinit, 2007, Saint Pierre, Vinit, 2007 ; Hieronimus, 2007, Austray, 2007, Bourhis 2012).

D. Bois (2007) définit ce qu'il nomme la relation d'aide manuelle et ses enjeux expérientiels : « *Au delà de la dimension technique des gestes (...), nous pourrions résumer la dynamique de découverte propre au cadre d'expérience de la relation d'aide manuelle à travers l'intitulé suivant : toucher pour connaître, être touché pour se reconnaître.* » (p.107). Le pédagogue utilise la main pour permettre à une personne de prendre conscience de sa corporéité et de son schéma corporel :

« La personne, de son côté, prend d'abord conscience de son contour, de sa peau, de sa posture, puis se sent progressivement concernée dans une globalité et une profondeur qui lui donne le sentiment d'être écouté et prise en compte dans tout ce qu'elle est. A travers la rencontre de sa matière corporelle et perçoit sa consistance propre, s'y reconnaît toute entière et découvre comme un portrait d'elle-même dans son intériorité. » (Ibid., p.107).

C'est sur cette base d'ancrage corporel que la personne peut renouveler sa représentation du corps, ainsi que son image corporelle.

Le toucher manuel de relation en psychopédagogie perceptive est défini :

« Le toucher de relation "touche" la personne à travers son corps. Ce toucher renvoie ainsi à une forme de contact privilégié avec l'autre et avec soi-même, à un mode de relation et de communication primordial entre le praticien et le patient. » (Courraud, 2009, p.195-196).

Ainsi, ce toucher est particulièrement adapté à la relation d'aide comme nous le dit H. Bourhis (2012) : « *Le toucher présente une forte dimension de relation d'aide où le praticien est à la fois expert dans l'art du toucher et pédagogue dans l'art d'accompagner une personne à apprendre de ses vécus internes.* » (Bourhis, 2012, p. 87). Le toucher n'est pas seulement entrevu dans ses paramètres identitaires, comme précédemment, mais aussi dans sa dimension formative et relationnelle. Le témoignage de M.C. Josso, dans l'introduction de l'ouvrage *Sujeito sensível e renovação do eu* (2008) (université San Camilio au Brésil) d'un fragment de son expérience de toucher manuel de relation sur le mode du Sensible, va dans ce sens : « *progressivamente, meu corpo – este eu-matéria – torna-se, graças à da consciência da consciência, um "eu somato-psíquico", que é uma fonte de informações significativas,*

tanto sobre minha história presente como sobre minha história passada »¹⁹ (p.30). Nous comprenons alors qu'à travers une relation de toucher manuel, la personne est interpellée dans sa propre histoire de vie.

- *La gymnastique sensorielle*

La gymnastique sensorielle permet au patient de réapprendre à bouger dans des conditions inhabituelles. Le patient souffrant d'obésité bouge peu, se réapproprier son corps par le mouvement est une voie de passage utilisée en psychopédagogie perceptive. Les mouvements proposés sont lents, progressifs, adaptés comme le décrit I. Eschalié (2011) : « *La lenteur offre un accès à l'aspect qualitatif du mouvement en permettant à la personne d'investir son attention sur tout le trajet du geste et le déroulement du mouvement et ainsi de recueillir des informations inédites* » (p. 45). Cette gestuelle permet aux patients de développer la perception d'eux-mêmes et d'accéder à des *informations nouvelles* sources d'apprentissage.

- *L'introspection sensorielle*

Le terme *introspection* signifie « tourner vers l'intérieur » ou encore « s'inspecter soi-même », « inspecter ses états intérieurs » et donne accès aux pensées, aux états intérieurs. M. de Biran (1812) propose une forme d'introspection qui introduit « le sentir comme mode d'existence ». « *Le moi se sent exister quand il est plongé et immergé dans la vie immédiate et spontanée de la sensibilité interne* » (Begout, 1995, p.28). W. James donne une description de l'introspection : « *plus je scrute mes états intérieurs, plus je me convaincs que les modifications organiques dont on veut faire les simples conséquences et expressions de nos affections et passions fortes, en sont au contraire le tissu profond, l'essence réelle.* » (1924, p.505).

D. Bois et H. Bourhis (2010) vont dans le sens de l'introspection préconisée par M de Biran et W. James, en y ajoutant la donnée sensorielle et Sensible. Dans leur vision, l'introspection est le lieu d'une interaction entre soi et soi en passant par la médiation des vécus corporels et organiques, il s'agit d'avantage de soigner la relation à soi que de réfléchir et poser son attention sur la pensée :

« L'introspection sensorielle ne s'intéresse pas seulement à l'étude des phénomènes mentaux tels que la mémoire, l'imagination, la perception, la volonté mais s'intéresse surtout à la relation que la personne établit avec elle-même, avec sa perception, avec son corps, avec sa propre pensée. » (p. 7).

¹⁹ Traduit en français : *Progressivement, mon corps – ce moi matière – devient grâce à la conscience de la conscience, un moi somato-psychique qui est une source d'informations significatives aussi bien sur mon histoire présente que sur mon histoire passée.*

Cette discipline qui fait partie intégrante de l'accompagnement en psychopédagogie perceptive a fait l'objet de recherches académiques et de publications (Bois, Bourhis, 2010, Nottale 2014, Rapin, 2012). L'introspection sensorielle permet au patient de se rapprocher de lui-même par l'intermédiaire de son corps et de sa capacité attentionnelle. Les propositions sont ouvertes et sont orientées par le déploiement de la perception de soi. D. Bois et H. Bourhis (2010) expliquent ce phénomène : « *permettre à la personne de “cheminer vers elle-même” en changeant la qualité du rapport à soi à travers un effort attentionnel orienté vers le corps.* » (p. 8). L'introspection sensorielle est « *le champ d'expérience privilégié pour amener l'apprenant à questionner, à comprendre, et à tirer du sens de son expérience corporelle sur le mode du Sensible.* » (Ibid., p. 6).

- *L'entretien à directivité informative*

Après le temps de découverte et d'expérimentation de la subjectivité corporelle, il convient d'accompagner une personne à mettre en mots l'expérience corporelle qu'elle vient de vivre. Cette phase d'entretien se fait en deux temps, le premier temps est non directif, il consiste à donner la parole au patient sans intervenir sur un mode semblable de celui préconisé par C. Rogers. Puis, une fois la parole dite, le praticien fait des relances et offre des orientations diverses permettant à la personne d'explorer des facettes de son expérience qui ne se sont pas données spontanément. Il s'agit là de l'entretien à directivité informative. Dans ce cas de figure, comme nous le dit H. Bourhis (2009) :

« *Le terme “directivité” n'évoque pas une démarche interventionniste qui aurait pour conséquence de se substituer à la réflexion du sujet mais pointe comme direction une proposition d'orientation attentionnelle vers l'information qui manque aux participants pour déployer plus avant leur réflexion.* » (p.257).

Il s'agit de clarifier les termes implicites qui n'auraient pas été conscientisés par la personne mais qui pourtant apparaissent dans le discours. Cela demande un apprentissage car le plus souvent une sensation reste une sensation et prend la forme d'une vague impression sans pour autant véhiculer une valeur sémantique. Ainsi la directivité informative constitue un espace de paroles favorable à des prises de conscience.

Ainsi, l'entretien à directivité informative (Bois, 2007) repose sur un postulat : « *une personne doit être aidée si l'on veut qu'elle découvre davantage que ce qu'elle découvrirait par elle seule.* » (p. 78). Dans ce cadre, le praticien a un rôle tout à fait spécifique. Même si il conserve les principes issus de la psychologie humaniste, écoute, valeur inconditionnelle, non jugement, il associe, grâce à sa connaissance de la physiologie du mouvement humain, des propositions thérapeutiques appelées « *informations manquantes* » qui permettent à la

personne d'enrichir sa vie perceptive et ainsi d'avoir une opportunité d'enrichir sa vie cognitive et sa connaissance de soi. Cette nature d'entretien permet à la personne d'accéder à des informations ignorées d'elle-même mais pourtant bien présentes et accessibles à sa conscience. Nous prenons un exemple pour illustrer ce propos : une personne est en stress dépassé, c'est-à-dire en "état d'urgence" pour tout, tout va vite dans sa vie, elle n'a plus de temps et se sent débordée. L'information manquante que le praticien peut lui proposer d'expérimenter est alors de retrouver un accès une temporalité plus "normale". Pour se faire, le praticien propose de ralentir (situation paradoxale souvent mal perçue au départ) dans son débit de parole ou encore dans son geste afin de retrouver un espace de temporalité hors de l'urgence. Cette proposition de lenteur peut sembler banale et évidente mais spontanément, la personne ne peut y accéder seule. Le praticien, par sa proposition, révèle une information manquante : si je vais plus lentement, je vais accéder à plus de détails de ma vie, de mon geste et ainsi être plus efficace.

D. Bois décrit ce phénomène de développement de soi au contact de l'information manquante : « *une personne ne développe pas d'autres moyens d'agir, de réagir, de percevoir, de penser, même si elle souffre de ceux qu'elle utilise, parce qu'elle ne dispose pas de certaines informations qui lui permettraient de s'y prendre autrement.* » (Ibid., p. 78).

3. 4. 3. 2. 2. Étude de dossiers : pratiques, effets et interprétation

Revenons rapidement à notre enquête de faisabilité de cette recherche grâce à laquelle nous avons mis en évidence des effets des pratiques de relation d'aide à médiation corporelle sur le rapport au corps sous la forme d'une détente physique et psychique pour tous les patients, et de sensations agréables pour dix patients sur dix-huit. Nous avons aussi pu observer des effets sur la qualité de vie des patients, moins de douleurs pour neuf patients notamment, des effets sur la motivation pour quatorze patients, sur l'estime de soi pour treize patients, sur l'amélioration des stratégies d'adaptation au stress pour douze patients, sur le comportement alimentaire pour douze patients, sur le rapport à la chirurgie pour deux patients, et enfin, six patients sur dix-huit mentionnent la qualité de la relation avec le soignant. Cette étude a été présentée lors de deux congrès²⁰, elle a fait l'objet d'un article, soumis à publication dans le journal "International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity" (Bertrand et al., soumis)

²⁰ Ces deux congrès sont présentés dans le chapitre de Méthodologie

Dans ces pratiques de relation d'aide à médiation corporelle, le corps n'est pas considéré dans ses dimensions sociétales ou fonctionnelles mais bien dans sa dimension perceptive et motivationnelle. Le temps et l'espace proposés au patient dans ces approches pourraient se définir ainsi : « *c'est un lieu où le corps est considéré non pas à travers le surpoids mais comme un élément moteur du changement, comme un allié* » (Fedor, Leysse-Ouvrard, 2010, p.18).

DEUXIEME PARTIE

POSTURE EPISTEMOLOGIQUE - DOMAINE DE RECHERCHE - PARCOURS METHODOLOGIQUE

On se souvient que cette recherche est née d'une dynamique collective entre deux infirmières cliniciennes, le chef de service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand et moi-même. Ce groupe initial de partenaires est rapidement devenu le comité de réflexion du projet.

Le projet à moyen terme du Pr. Y. Boirie, chef du service, est de faire de cette recherche doctorale un tremplin pour développer une démarche de recherche scientifique structurée sur les pratiques corporelles novatrices proposées aux patients obèses de son service. En effet, si une codification assez stricte structure les modalités d'interventions auprès de la personne obèse (Basdevant, 2009), la pratique dans son ensemble n'a pas fait, à l'heure actuelle, l'objet de travaux de recherche scientifiques. Si bien que les approches du Service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand pourraient de la sorte se positionner de façon avant-gardiste dans une position concomitante de pratique et de recherche, sur le terrain des outils d'accompagnement à médiation corporelle de la personne obèse.

Compte tenu de cette absence d'antériorité scientifique, nous avons décidé de faire de cette recherche doctorale une étude exploratoire et compréhensive de la relation d'aide à médiation corporelle et ses effets, dans l'accompagnement clinique de la personne obèse. Elle se doit donc de ne pas intervenir dans les parcours de soin des patients. Dès lors, notre projet s'inscrit dans le schéma d'une étude observationnelle en santé.

La conduite de cette recherche doctorale s'est déroulée en deux temps, avec une longue première phase de définition du cadre d'étude, des éléments de questionnement et de problématique, des objectifs pertinents et des moyens et ambitions scientifiques requis. Nous avons pris le parti de considérer que cette phase d'analyse minutieuse du terrain faisait partie intégrante de l'étude observationnelle. Elle est le socle de la mise au point méthodologique de l'étude observationnelle proprement dite.

Chapitre I : Organisation de la thèse, Domaine de recherche et posture épistémologique

1. Comité d'accompagnement de la thèse

Étant dans une démarche de thèse observationnelle en santé, je ne pouvais faire l'économie de réaliser cette recherche conjointement avec les acteurs des soins : les deux infirmières cliniciennes et le chef du service de Nutrition Clinique. Dans cette nature d'enquête, la première phase de définition de la question de recherche appartient au projet lui-même de la thèse, cette question a été élaborée lors de nos rencontres : infirmières cliniciennes, chef de service et moi-même (Compte-rendus en annexes n° 2-6). Les choix de la méthodologie et de la population concernée ont eux aussi été réalisés lors des rencontres entre les infirmières cliniciennes et moi-même, régulièrement guidés par le Pr Y Boirie.

Ces réflexions étaient ensuite discutées avec mon directeur de thèse, le Pr D. Bois.

Dans cette recherche, ayant fait le choix de procéder par questionnaire, il nous a fallu envisager de réaliser des statistiques, n'étant pas moi-même formée à cet outil, nous avons fait appel à des statisticiennes professionnelles qui ont réalisé les tests statistiques bénévolement.

Nous nommons ainsi par souci de clarté et de compréhension, deux comités :

- Comité de réflexion : les deux infirmières cliniciennes (C. Leysenne-Ouvrard et M.C. Fedor) et le Pr Y Boirie du service Nutrition Clinique du CHU, ainsi que moi-même.
- Comité de statistique : deux statisticiennes bénévoles, l'une travaillant à l'INSEE et l'autre docteure en psychologie expérimentale dotée d'un master en statistiques et traitement des données.

Cette recherche a été complétée de l'appui régulier et indépendant du directeur de thèse, le Pr D. Bois

2. Domaine de recherche

Cette recherche vise à réaliser une enquête empirique en santé telle que l'OMS la décrit : « *Les recherches dans le domaine de la santé sont principalement de nature empirique, c'est-à-dire qu'elles sont fondées plus sur l'observation et l'expérience que sur la théorie et l'abstraction* ». (OMS, 2003, p. 12). Elle repose donc sur une étude analytique par

observation prospective. Une étude analytique est basée sur l'observation de phénomènes causaux : « *les études où les observations de causes et d'effets sont décalées dans le temps sont considérées comme analytiques (ou causales)* » (Ibid., p.17). La recherche par observation prospective est définie comme : « *Ces études analytiques par observations peuvent être rétrospectives (étude cas-témoins) ou prospectives (étude de cohorte ou étude historique de cohorte). Dans ces méthodes, on compare des groupes d'individus pour relever les différences en matière d'exposition ou de résultat.* » (Ibid., p.17). Ma recherche est fondée sur l'observation et l'expérience, l'enquête se fait à partir des pratiques de santé existantes.

Dans cette démarche observationnelle, le but n'est pas de modifier le terrain, d'introduire des variables mais d'observer en l'occurrence des effets sur des groupes de patients exposés soit à des pratiques, des médicaments ou des conditions de vie ou bien encore des produits (tabac par exemple) et d'en évaluer les effets à partir d'une question de recherche. En l'occurrence, en souhaitant comprendre les effets comparés et spécifiques sur des patients de pratiques inoculées par des professionnels, je me situe bien dans une approche prospective.

3. Posture épistémologique

Ma posture d'observation est par ailleurs alimentée par les postures épistémologiques proposées par mon laboratoire de recherche en Sciences Sociales, le CERAP, spécialisé en Psychopédagogie Perceptive. J'ai notamment retenu l'intérêt d'adopter comme support de ma posture d'observation le principe de *distance de proximité* concept mis au point par D. Bois et repris par E. Berger, (2009), comme « *la distance juste d'un esprit à la fois présent aux phénomènes et réflexivement présent à lui-même de manière spontanée et sereine, au cours même de l'expérience* » (p.242). Cela me permet de convoquer dans mon observation, l'expertise de ma compétence en psychopédagogie perceptive, sans pour autant interférer dans les processus d'accompagnement que j'observe et ni sur les données que je collecte. Pour autant, mon regard d'expert me permet de ne pas ignorer les informations signifiantes qui pourraient échapper à un regard novice. Ainsi, selon la proposition que R. C. Kohn (1986) fait du praticien-chercheur, ma posture s'appuie à la fois sur mon expertise de praticienne comme gage de qualité et sur mon implication sur le terrain de ma recherche, comme vecteur de production de connaissances, des connaissances qui seraient autrement inaccessibles (Kohn, 1986).

Dans cette double dynamique, mon expertise de praticienne se trouve mise à l'épreuve de la recherche. C'est un premier niveau de positionnement que C. De Lavergne (2007) considère comme relevant du statut de praticien-chercheur : « *Le "praticien-chercheur" est un professionnel et un chercheur qui mène sa recherche sur son terrain professionnel, ou sur un terrain proche, dans un monde professionnel présentant des similitudes ou des liens avec son environnement ou son domaine d'activité* » (p. 28). Mais plus encore, si le terrain de ma recherche n'est pas celui de ma patientèle de praticienne, pour autant, les résultats de cette recherche et la démarche qui les produit, nourrissent directement ma pratique dans le champ de l'accompagnement des personnes obèses. Je me trouve dans cette situation où « *l'activité professionnelle génère et oriente l'activité de recherche, mais aussi de façon dialogique et récursive, l'activité de recherche ressource et ré-orienté l'activité professionnelle.* » (Ibid., p. 29).

Chapitre II : Parcours méthodologique sur le terrain de la recherche en service de Nutrition Clinique

Les services de Nutrition Clinique en France sont soumis aux recommandations nationales et internationales sur la prévention et la prise en charge des maladies nutritionnelles. Ces services répondent à une demande croissante de soins par une activité de consultation inter-services et multi-sites, une activité d'hospitalisation de jour et d'exploration fonctionnelle, une activité d'éducation thérapeutique et visent le rapprochement en termes de collaboration des unités de soins impliquées.

Les équipes des services de Nutrition Clinique sont pluridisciplinaires, composées de médecins, de diététiciens, de psychologues, d'infirmiers et parfois d'éducateurs en "activités physiques adaptées et santé". La prise en charge des patients obèses est très structurée (Basdevant, 2009). Les équipes interventions concernent aussi bien des diagnostics médicaux, diététiques, psychologiques et infirmiers spécifiques à la personne obèse, que des propositions de suivi des patients ou des orientations vers des praticiens libéraux le cas échéant.

Ma recherche a pour cadre d'intervention le service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand. Ce service est conçu sur le modèle et selon les recommandations nationales et internationales, respectant donc les modalités du « plan d'action : Obésité – établissements de soins », notamment en matière d'action des infirmières cliniciennes (Basdevant, 2009). Nous y reviendrons plus loin.

Ce service accueille environ 550 patients par an, dont environ 50 nouveaux patients par an. Il est un centre de référence national en Nutrition et répond, dès lors, à tous les critères d'organisation des soins, de coordination, de création de réseau, d'enseignement et de recherche.

1. Phase d'observation : découverte et définition du terrain

Une première phase d'observation s'est déroulée sur plusieurs mois avec le projet de cerner le contexte et proposer des éléments de questionnement et de problématique à notre recherche, ainsi que ses objectifs, ses moyens d'étude et son ambition scientifique.

Cette phase a été jalonnée de rencontres du comité de réflexion, au cours desquelles j'ai présenté les avancées de mes observations et nous avons défini ensemble, de façon progressive et adaptée, le protocole d'étude à retenir pour notre recherche observationnelle.

Les observations ont permis de décrire les acteurs intervenant dans le parcours de soin dans ce service de nutrition, la connaissance des pratiques d'accompagnement et plus particulièrement leur exploitation thérapeutique et la connaissance des patients fréquentant en Hospitalisation de Jour le service de nutrition.

1. 1. Connaissance des acteurs du parcours de soin

Afin de préciser ma recherche et mon questionnement, je me suis familiarisée avec le service. J'ai rencontré tout particulièrement les deux infirmières cliniciennes avec lesquelles j'allais être amenée à conduire l'étude évaluative. Mais j'ai également participé ponctuellement aux réunions du « Staff » dans lesquelles se retrouvent tous les acteurs de soins du service de Nutrition Clinique, ce qui m'a permis de repérer la palette d'intervenants susceptibles d'intervenir dans le parcours de soin d'un patient obèse.

1. 1. 1. Les infirmières cliniciennes

Le Service comprend deux infirmières cliniciennes qui interviennent de façon tout à fait prépondérante dans cette étude. Je les ai rencontrées à plusieurs reprises (Compte-rendus en annexes n° 2-6).

1. 1. 2. Les autres praticiens

Le service est dirigé par le Pr. Y. Boirie, médecin responsable du service, il est secondé par le Dr M. Miolanne-Debouit, médecin praticien hospitalier, un médecin assistant, un médecin chef de clinique et deux internes en médecine.

L'équipe paramédicale est composée de trois infirmières, dont deux infirmières cliniciennes, deux psychologues et quatre diététiciens.

Cette équipe pluridisciplinaire réalise :

- une fois par jour une réunion interdisciplinaire afin d'identifier la demande et la problématique spécifiée d'un patient ,
- une fois par semaine : un staff dédié à la communication dans l'équipe
- une fois par mois une RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire dans le but d'étudier les dossiers des patients dans un parcours chirurgical.

1. 2. Connaissance et description des deux pratiques à médiation corporelle étudiées

Cette recherche s'intéresse aux effets d'un accompagnement à médiation corporelle pratiqué par deux infirmières cliniciennes qui font appel à des pratiques différentes.

Les pratiques corporelles proposées par les deux infirmières cliniciennes sont de deux natures différentes. Pour simplifier la compréhension du protocole d'étude, nous avons choisi de numéroter « 1 » toutes les informations relatives à la pratique de relation d'aide manuelle effectuée par l'infirmière « 1 » (C.L.O.) et de numéroter « 2 » toutes les informations relatives à la pratique de la relation d'aide à médiation corporelle versus psychopédagogie perceptive, effectuée par l'infirmière « 2 » (M.C.F.).

Les pratiques de relation d'aide à médiation corporelle ont évolué pour s'adapter aux besoins particuliers de ces patients. Comme nous l'avons vu précédemment, les deux infirmières cliniciennes du service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand participant à cette recherche, mettent en œuvre deux pratiques différentes de la relation d'aide à médiation corporelle.

Nous décrivons, dans cette section, ces pratiques telles qu'elles sont proposées par chacune de ces deux infirmières et les propositions faites aux patients en cas de problématique particulière. On se souvient que, conformément aux principes de formation de l'infirmière clinicienne, toutes deux pratiquent une relation d'aide centrée sur le patient, selon les principes de la psychologie humaniste de Rogers (1998, 2001, 2005).

1. 2. 1. La pratique « 1 » :

La pratique de l'infirmière clinicienne C.L.O. s'articule autour d'un axe majeur : l'entretien de relation d'aide. Cet entretien permet d'identifier la problématique du patient et de choisir des outils de médiation corporelle adaptés. Parmi ces outils, les plus couramment proposés sont la relaxation (Servan, 2009), le travail postural assis, le travail corporel en mouvement et les exercices d'automassage en Qi Gong (Réquena, 2009).

1. 2. 1. 1. Déroulement d'une séance dite « standard »

La séance se déroule en trois temps associant entretien verbal et pratique corporelle.

➤ *Premier temps de la séance : entretien verbal*

Le premier temps de la séance est un entretien non directif, qui permet d'écouter le patient

sans l'interrompre, d'entendre sa souffrance, puis de reformuler ses propos pour faciliter la mise en évidence de ses besoins, attentes et problématiques plus ou moins récurrentes. Cet entretien de relation d'aide permet à la personne obèse d'identifier ses difficultés du moment. En effet, il est important qu'elle nomme ses difficultés, sa demande et ses attentes de la séance pour qu'elle puisse s'engager activement dans le processus de résolution du problème.

Le projet de C.L.O. est de constater les acquis selon les classes du diagnostic prévalent infirmier et d'évaluer les évolutions depuis la séance précédente : « Y a-t-il des nouveautés par rapport à la séance précédente ? Où en êtes-vous aujourd'hui ? Où en est le patient dans son processus d'évolution ? Où en est-il dans son processus de changement ? ».

Ce temps se finit par la formulation d'un axe thérapeutique ou pédagogique qui oriente le travail corporel suivant. Cet axe peut être en lien avec les séances précédentes, ou répondre à une demande précise du « moment » ou alors un nouvel axe de travail est apparu et est exploré en fonction de l'évolution du patient et de sa problématique. C'est un temps d'échange verbal permettant l'ajustement de la séance à la problématique du moment de la personne.

➤ *Deuxième temps de la séance : Pratique corporelle*

Le deuxième temps de la séance est un temps de relaxation d'une durée de vingt minutes environ, le patient est allongé sur un fauteuil prévu à cet effet. La relaxation est guidée par C.L.O., afin que la personne développe ses perceptions corporelles associée aux techniques de visualisation.

Les premières propositions verbales de la relaxation sont orientées vers le développement des perceptions corporelles :

- sensations de relâchement des tensions globales du corps, perception des zones d'appui du corps, prise conscience de la détente ou des tensions : « *avoir conscience de mon corps dans le fauteuil, puis des points de contact entre mon corps et le fauteuil* »
- la technique du « *balayage corporel intérieur* » développant ainsi la perception de chaque partie du corps et permettant d'ancrer le relâchement obtenu dans la mémoire du corps. Les consignes invitent à percevoir son corps des pieds à la tête en passant par la partie postérieure du corps (les jambes, le dos, la colonne vertébrale, les bras, la nuque, la tête), puis à percevoir la partie antérieure du corps (le cou, le thorax, l'abdomen), en incluant l'intérieur du corps par la visualisation de la détente des organes.

Les secondes propositions de la relaxation reposent sur des exercices de visualisation :

- associés à la respiration : « *porter son attention sur le ressenti du passage de l'air dans le corps en suivant le trajet de l'air de la narine aux poumons, mais aussi à travers les mouvements respiratoires naturels* » et la mise en place de la respiration « *dans le ventre* ». Sur le temps de l'expiration, la personne est invitée à ressentir et à visualiser l'évacuation du stress, de la fatigue et des tensions.
- axés sur la visualisation d'un « *paysage-ressource* » en s'appuyant sur les thématiques de l'eau, de la nature. Le patient ayant le choix de son paysage, il apprend à créer son environnement avec des couleurs, des odeurs, un univers sonore (comme le chant des oiseaux). Cette technique favorise l'apaisement et le lâcher-prise et permet la défocalisation des pensées obsessionnelles.

Les troisièmes propositions visent un travail de réunification de la personne : « *le corps dans un cocon protecteur de lumière* » avec l'aide de techniques de visualisation d'une lumière qui « *enveloppe le corps* » à l'extérieur, et « *coule comme une douche* » à l'intérieur. Le corps comme l'esprit apparaissent ainsi « *abrités du monde* ». Enfin « *le cocon lumineux* » favorise la sensation d'enveloppement permettant au patient de mieux situer ses contours corporels notamment le dedans et le dehors ainsi que le sentiment d'unité. Ces consignes verbales véhiculent une sensation d'unification du physique et du psychique, ceci dans le but de lutter contre les angoisses de morcellement présentes chez les patients obèses.

Les dernières propositions permettent un « *réveil du corps* » en douceur. C.L.O. propose de réaliser des petits mouvements avec les pieds, les doigts, la tête, ...

➤ *Troisième temps de la séance : entretien verbal*

Le troisième temps de la séance est un temps de parole en lien avec le vécu de la séance : les images, le vécu sensoriel, le ressenti du corps après la relaxation, les perceptions nouvelles. Il permet au patient d'explorer ses pensées, de valoriser ses progrès et d'analyser la problématique de l'obésité mais aussi les problématiques ponctuelles. Souvent le patient obèse ne sait pas décrire ce qu'il ressent : soit par une forme de détachement de son corps, soit par une distance presque intentionnelle des sensations corporelles dans le but de ne pas souffrir. Par exemple, il n'est pas rare que la personne obèse soit dans l'incapacité de faire la distinction entre une sensation de faim et une émotion qui déclenche une prise alimentaire. C.L.O. va jusqu'à dire que « *pour le patient obèse, se mettre en lien avec son intériorité par la médiation corporelle, c'est se mettre en lien avec un magma non identifié et archaïque*

d'émotions et de sensations non identifiées et donc parfois insécurisantes » (Annexe n° 2-6) .

La mise en mots de ce qu'il ressent lui permet d'appivoiser ce ressenti. Ce dernier temps de consultation est donc une nécessité pour que le patient obèse apprenne à nommer ce qu'il ressent et progressivement qu'il puisse à nouveau identifier une sensation, une émotion et ne plus utiliser uniquement l'alimentation comme seule compensation de son mal être.

Ensuite, le patient imagine quand et comment il pourra réaliser sa relaxation, sur quelle durée, dans quelle position, dans quel lieu. Puis, C.L.O et le patient recherchent quelles sont les stratégies gagnantes qui sont apparues dans la séance et redéfinissent les priorités en terme de projets et d'objectifs de travail.

1. 2. 1. 2. Spécificités de la séance intégrant des problématiques particulières

C.L.O. adapte ses séances au besoin du moment du patient. Cela permet de réaliser un travail plus précis en abordant des problématiques spécifiques. Au cours de mes observations et des entretiens conduits avec C.L.O., nous avons identifié 7 situations d'adaptations récurrentes.

➤ Quand le patient n'arrive pas à gérer une émotion

Parfois, la personne arrive en séance avec une émotion forte qu'elle peut à peine nommer : « *j'ai une boule dans la gorge.* ». Dans ce cas et avec le projet d'aider à l'apaisement de la personne, C.L.O. va mobiliser ses compétences en Gestalt Thérapie²¹ pour guider la personne à se « mettre au contact » de son émotion (*quelle couleur a-t-elle ? quelle forme a-t-elle ?*), puis à visualiser son émotion telle qu'elle se présente (*est-elle collante ? gluante ? molle ?*).

➤ Quand le patient vit une « deuil problématique », c'est à dire non résolu

Parfois la personne est dans une phase où elle a la sensation d'avoir un poids à porter trop lourd pour elle, ou quelque chose qui l'encombre en elle. Dans ce cas, CLO propose un travail de visualisation orientée sur l'émotion :

- jeter ou lâcher la chose qui encombre au-dessus d'un pont ;
- lâcher quelque chose de lourd pour le faire sortir de soi,
- mettre ce qui encombre au bout d'un lien et aider la personne à couper le lien.

➤ Quand le patient stagne dans son processus ou à des pensées envahissantes :

Dans ce cas, C.L.O. propose plutôt des exercices physiques puisés dans le répertoire du Qi

²¹ Pratiquée par CLO de 1998 à 2000

Gong²². L'exercice de l'arbre consiste par exemple à percevoir l'enracinement des pieds au sol (pieds positionnés à l'aplomb du bassin), puis à effectuer un balancier en avant et en arrière en visualisant un enracinement : « *se laisser partir dans le sol* ». Cet exercice relance la personne dans sa capacité de passer à l'action et diminue les peurs. L'exercice peut être combiné à une gestuelle de la tête visant à défocaliser la pensée. Cela tendrait à augmenter la puissance de l'exercice.

➤ *Quand le patient se sent en déséquilibre ou est en transition dans son processus de soins :*
Au cours du suivi, les manifestations d'un changement étant souvent longs à se rendre visibles, il n'est pas rare que la personne soit déstabilisée, voire démobilisée. Dans ce cas, C.L.O. propose un travail en posture assise ou un exercice de Qi Gong basé sur le vide et le plein. La personne est en position debout et se déplace, le membre inférieur vide est celui qui se déplace, le membre inférieur plein est celui qui s'ancre dans le sol. Cet exercice travaille l'alternance vide-plein favorise ainsi le retour à l'équilibre. Il est aussi possible de réaliser un travail de visualisation équilibrant de l'axe tête/ciel - pied/terre.

➤ *Quand le patient est focalisé dans une pensée obsédante :*
Dans ce cas, C.L.O. propose des exercices sur le regard en position assise, il s'agit de déplacer le regard à travers l'espace environnant et aussi de modifier les intentions visuelles. Ce travail aide la personne à changer de point de vue, à rompre avec la pensée obsédante. Le guidage peut être : « amener le regard vers l'avant pour avoir un nouveau point de vue sur la situation, amener le regard vers l'arrière, vers le haut, vers le bas ». Le travail du regard peut s'accompagner d'un mouvement de l'ensemble du corps vers l'avant, l'arrière, le haut et le bas. Cet exercice permet d'ouvrir son regard à de nouvelles pensées, de nouveaux points de vue, de nouvelles perspectives.

➤ *Quand la personne est fixée dans un mode relationnel*
Quand le patient arrive en séance, il peut être introverti ou au contraire extraverti, voire « dispersé ». Dans ce cas, C.L.O. propose des exercices de présence à sa vision : ouverture et fermeture des yeux afin d'équilibrer la présence à soi et à son environnement. Les temps « yeux fermés » seront plus long si la personne est « dispersée » et plus court si la personne est introvertie.

➤ *Quand la personne dit ne pas sentir son corps : « j'ai maigri et je ne sens pas mon corps »*

²² CLO est Formée au Qi Gong, depuis 2009 et Certifié en 2014 par B Bailleul et JC Sapin à « la méthode de régulation du Poids par le Qi Gong ».

Dans ce cas, C.L.O. propose un auto-massage pour favoriser la conscience du corps à travers la sensation de circulation de l'énergie ou la sensation des contours du corps. Cet auto-massage commence par le visage, la nuque, un exercice de vibration sur le haut du corps, puis les bras, le ventre, les reins, les membres supérieurs (face interne et externe), le dos et enfin les membres inférieurs.

Le rythme des exercices est donné par C.L.O., globalement le rythme est plutôt lent au début de la séance et évolue en fonction de la personne. Le rythme proposé est souvent inverse du profil du patient : un patient qui fait tout vite va être ralenti, un patient qui bouge trop lentement sera accéléré. La notion du rythme est fondamentale que ce soit en pratique corporelle ou en relation d'aide. Il intervient en permanence dans la relation patient-praticienne.

1. 2. 2. La pratique « 2 » : psychopédagogie perceptive

Par l'accompagnement à médiation corporelle qu'elle propose, M.C.F. aide le patient à identifier son processus, à le décrire et à en percevoir les évolutions à travers la relation à soi. Formée à la Psychopédagogie perceptive²³, sa pratique se décline selon quatre axes : l'entretien à directivité informative, le toucher manuel de relation, la gymnastique sensorielle, la relaxation à médiation sensorielle.

MCF présente l'approche à médiation corporelle au patient de la manière suivante :

« C'est une approche qui vise à apprendre à ré-appriivoiser son corps, harmoniser la pensée et le corps, se réaccorder avec soi. Ceci de manière à devenir capable de faire des choix dans sa vie quotidienne à partir de son propre ressenti et non de multiples avis extérieurs, parfois contradictoires. Elle se pratique dans l'immobilité ou dans la lenteur en mouvement, en position couchée, assise ou debout. Elle utilise le toucher, le mouvement gestuel ou la parole guidante. Le corps devient le médiateur qui permet d'apprendre à accéder à ses perceptions et à la connaissance de soi, toujours dans l'attention, la perception et la présence à soi. ». (Fedor, Littérature grise, 2014)

Cette approche est toujours intégrée dans une démarche de relation d'aide infirmière.

. 2. 2. 1. Déroulement d'une séance dite « standard »

La séance se déroule en trois temps associant entretien verbal et pratique corporelle.

²³ M.C.F est certifiée en psychopédagogie perceptive et a un DU en somato-psychopédagogie : 2012

➤ *Premier temps de la séance : entretien verbal*

Le premier temps de la séance est un temps d'accueil de la parole, de la demande ou de la souffrance du patient avec un entretien non directif plus ou moins associé à un entretien à directivité informative en différé. Ce temps d'échange permet :

- d'écouter le patient sur ce qu'il a perçu des effets de la séance précédente à l'aide de questions ouvertes : « *Que s'est-il passé de nouveau pour vous depuis la dernière fois ? Avez-vous perçu des effets sur vous (sommeil, tonus, douleur, moral...) ? Avez-vous eu de nouvelles perceptions corporelles ? Lesquelles ? Qu'avez-vous pu mettre en place parmi les exercices faits ensemble ? Comment cela s'est-il passé ?* ». Il s'agit de créer les conditions pour que la personne pose son attention sur son expérience entre les deux séances et puisse faire émerger des éléments de son vécu qui auraient pu passer inaperçus pour elle. Cela l'aide également à se détacher du résultat projeté et à se déculpabiliser du manque de résultats immédiats et spectaculaires imaginés.
- de l'aider à revisiter la séance précédente : « *Par rapport à la dernière séance et à votre prise de conscience de ..., comment y avez-vous repensé ?* » Cela peut l'aider à solliciter sa mémoire, à faire du lien entre les séances, à valider ses ressentis ou expériences.
- de formuler les événements éventuels survenus entre les séances. « *Comment avez-vous investi le fruit de cette prise de conscience ?* » La personne comprend qu'elle a un rôle participatif entre les séances, qui vient enrichir le travail de la séance suivante.

Ce temps lui permet de revisiter le statut ou la nature de sa propre motivation, d'identifier ou de définir ses besoins actuels concernant son corps ou son mental. L'infirmière adapte ainsi le projet de soins dans la séance en temps réel, à partir de la problématique exprimée dans cet entretien.

➤ *Deuxième temps de la séance : pratique corporelle*

Le second temps de la séance est un temps d'« intervention corporelle » qui se construit à partir des données recueillies dans le 1^{er} temps et soumis à une analyse clinique en temps réel, par M.C.F. menant à l'identification d'un besoin et d'un projet. M.C.F. utilise la psychopédagogie perceptive comme voie de médiation corporelle dans le but de proposer à la personne une nouvelle voie d'accès à elle-même, qui, en s'appuyant sur un rapport perceptif nouveau au corps, pourrait offrir de nouveaux angles de compréhension du problème.

M.C.F. fait appel à trois outils de la psychopédagogie perceptive qu'elle soumet au choix du patient : le toucher manuel de relation, la gestuelle debout ou assise, ou l'introspection

sensorielle. Parfois l'outil peut être demandé par le patient au sein de plusieurs propositions faites par M.C.F.. Lorsqu'aucune demande précise n'émerge chez le patient, la séance est consacrée à faire l'expérience sensorielle de soi afin de laisser venir des informations nouvelles, une posture d'accueil de soi dans laquelle certaines personnes acceptent de se glisser. « *Je veux bien me mettre à l'écoute de mon corps simplement.* »

- *Le toucher manuel de relation :*

Le patient s'allonge sur une table de soins prévue à cet effet. Ce toucher permet à la personne de se mettre en relation avec elle-même. Comme un temps de rencontre avec soi, accompagné, où la personne peut s'octroyer un espace de vie « sensorielle » dans un climat de confiance. Le toucher manuel de relation propose une expérience souvent inédite ou inhabituelle d'être « touché » au sens physique et psychologique, voire « être à nouveau touchable ». En effet de nombreuses personnes obèses ne se laissent plus toucher ou ne se touchent plus, ce qui est témoigné parfois par : « *Vous êtes la 1^{ère} personne que je laisse me toucher depuis des années* ». Cela peut générer des émotions que l'infirmière clinicienne accompagne par le soutien tactile, la présence bienveillante et l'entretien verbal. « *Je suis émue (larmes) de me sentir à nouveau touchable* ». Le toucher manuel de relation enrichit les perceptions corporelles selon différents axes :

- Trouver du repos dans son corps par la perception d'un arrêt, ou « point d'appui manuel », dans un corps souvent agité. Le toucher permet de créer les conditions de stabilité et d'attention afin que la personne se retrouve en situation de repos ou de « répit » dans son corps et sa pensée. « Répit » est un terme souvent utilisé par les personnes qui témoignent souvent d'un besoin d'être aidé concrètement pour se poser, d'où l'intérêt du point d'appui tactile qui peut être « contenant », « accueillant », « apaisant », « ressourçant », « sécurisant »... Les patients parlent d'un « temps pour soi », « avec soi » qui les aide à percevoir et gérer les situations stressantes de manière plus adaptée. « *Je me suis sentie contenue, je ne débordais plus* »
- Accéder à une présence à soi corporalisée par l'effet concrétisant du toucher des différentes zones corporelles, toujours avec l'accord de la personne. Cela permet de retrouver le contact avec des parties de son corps que la personne perçoit comme « loin d'elle » ignorées ou refusées. Cela peut parfois recréer le lien avec son propre corps et influencer positivement l'estime de soi et la confiance en son corps. « *Ca me donne envie de prendre enfin soin de moi* »

- Accéder à une neutralité de perception, de regard sur soi par le biais du relâchement somato-psychique déclenché par le toucher. La neutralité permet d'expérimenter une non prédominance inédite chez des personnes qui sont plutôt dans l'excès (poids, nourriture...) ou la retenue (émotion, restriction...). Ensuite, elle propose une harmonisation des relations chaotiques avec soi en apaisant la culpabilité, les jugements sur son corps, voire de découvrir un nouveau rapport à ce corps inconnu ou méprisé. « *Je ne pensais pas que je pouvais sentir autant de choses dans mon corps* »
- Retrouver une confiance en son corps pour retrouver de la confiance en soi. Le fait d'expérimenter par soi-même et de ne pas dépendre des paroles extérieures amène la personne à affirmer son vécu sensoriel comme sa propre évidence incontestable. « *Ça ! je l'ai senti dans moi donc c'est sûr que ça existe en moi !* » « *J'ai ressenti une lourdeur légère ! C'est bizarre mais c'est bien ce que j'ai senti !* »

- *La gymnastique sensorielle :*

Le temps de toucher manuel peut être suivi d'un temps de pratique d'une gymnastique dite « sensorielle », parce qu'exécutée dans une lenteur spécifique qui donne accès à la sensorialité du geste exécuté. La réalisation peut être effectuée en position assise ou debout. La lenteur des mouvements proposés a plusieurs intérêts, notamment de maintenir l'attention perceptive sur soi pendant le geste, de mieux ressentir le déroulement, les effets du mouvement et d'effectuer des mouvements infra-douloureux respectant le corps. Le fait de réaliser soi-même le mouvement permet d'expérimenter activement la dimension sensorielle du mouvement, d'être acteur pour soi, d'observer l'évolution de la présence à soi et du rapport à soi.

Elle permet au patient d'expérimenter les statuts de son corps perçu, corps objet, corps ressenti, corps sujet et corps Sensible. En sachant que chez l'obèse le corps revêt un statut changeant, plutôt orienté vers le corps objet, à modeler, conditionner, diriger... (*je voudrais que mon corps arrête de me faire mal, qu'il m'écoute enfin !*). Grâce à la gymnastique sensorielle, M.C.F. propose aux patients obèses d'écouter la demande réelle et profonde de leur corps, de s'ancrer en eux, de trouver des appuis et des repères internes, d'expérimenter leur espace et leur place en eux, d'écouter leur rythme sensoriel et de se mettre en mouvement avec lui.

La gymnastique est aussi indiquée lorsque les patients éprouvent des difficultés dans leur relation à autrui, ou dans la recherche d'un élan personnel pour avancer dans leur projet. M.C.F. la propose aussi pour aider une personne à se poser en bougeant, alors qu'elle ne

supporte pas l'immobilité de l'introspection. Cela peut être une voie de passage vers l'immobilité.

Le fait de se mettre ainsi en mouvement immédiatement après la séance de toucher de relation permet au patient de mieux « intégrer » les effets de la séance de toucher manuel de relation dans son corps, sa pensée et peut reproduire le mouvement chez lui afin de se remettre en lien avec son corps.

- *Guidage verbal en simultané de la pratique corporelle :*

Les pratiques corporelles peuvent être associées en temps réel à un guidage verbal. M.C.F. s'appuie sur le ressenti décrit par la personne et sur ses propres informations corporelles et connaissances de la pratique, pour laisser centrer l'échange verbal sur les sensations corporelles perçues. Les mots vont permettre à la personne de s'exprimer en temps réel et de mémoriser ses perceptions. Ce guidage verbal permet à M.C.F. de maintenir la personne attentionnée à ses phénomènes intérieurs perceptibles, d'orienter son attention vers ses perceptions corporelles et de valider ensemble les évolutions perceptives en soi.

- *Troisième temps de la séance : entretien à directivité informative*

Le troisième temps de la séance est consacré à l'entretien à directivité informative en post-immédiateté. Il s'agit ici de permettre à la personne de décrire son vécu de la séance, de la guider vers des mises en sens voire prises de conscience de son expérience corporelle, et ainsi lui permettre de faire des liens entre son expérience corporelle et sa vie. Au cours de l'entretien verbal post-immédiat, M.C.F. accompagne la personne obèse dans l'expression de son ressenti et sa verbalisation en temps réel. Au cours de cette verbalisation peuvent émerger de nouvelles informations corporelles que la personne peut exprimer et parfois laisser venir un sens pour elle. Ce temps demande plusieurs minutes de prise de recul et d'écoute de soi, avec l'aide de M.C.F. qui maintient les conditions d'attention à soi après la séance. Elle veille à ce que la personne ne retourne pas trop vite dans la cadence de vie et de pensées rapides, quotidiennes et qu'elle perde ainsi l'accès à ces informations *a posteriori*.

Cet entretien aide aussi la personne à revisiter ses choix, motivations et décisions pour sa vie et sa santé. L'enjeu de cet entretien est de permettre à la personne de parler tout en restant ancrée dans l'expérience de son corps, du relâchement, de l'apaisement, de la neutralité afin d'accéder à une pensée et à des choix plus personnalisés et moins empreints des jugements ou de la culpabilité. Les patients témoignent d'une nouvelle manière de voir leur situation, « *je relativise, je m'énerve moins qu'avant et donc je ne me calme plus sur la nourriture* »,

observent qu'ils peuvent prendre du recul, par rapport au poids, « *je sens que mon poids n'est plus le problème principal* » qu'ils peuvent ralentir à leur grande surprise « *j'ai remarqué que je mangeais moins vite qu'avant* ». Certains patients ayant une verbalité faible, parviennent à s'exprimer plus aisément car ils le font à partir de leur ressenti qui leur confère un caractère évident, « *j'ai confiance dans ce que je ressens, j'ose le croire et le dire maintenant* ». Cela construit la confiance et l'affirmation de soi, « *j'ose aller vers les gens, j'ai envie de sortir de chez moi* ».

1. 2. 2. Situations de troubles du comportement alimentaire (TCA)

Les TCA ne sont pas abordés individuellement mais ils sont considérés comme partie existante de la personne. Quand cela lui semble pertinent et important dans le cadre du projet co-construit avec le patient, M.C.F. adapte ses séances afin d'y intégrer les problématiques alimentaires, dans le but d'améliorer la compréhension du trouble identifié du rapport au corps et à soi. Il s'agit de développer l'aspect pédagogique de la relation d'aide à médiation corporelle adaptée et centrée sur la personne, en lien avec ses difficultés et ses potentiels. Il s'agit d'aider la personne à comprendre la fonction de la nourriture et du poids pour elle.

M.C.F. écoute ce que le patient exprime à propos de ses comportements alimentaires. Par exemple et comme nous l'avons vu dans le champ théorique, les grignotages peuvent avoir la fonction de gestion des émotions, d'occupation, ou de remplissage. Dans ce cadre précis, il est nécessaire d'aider le patient à « travailler » son rapport à ces phénomènes alimentaires pour lui permettre d'évoluer dans le vécu et le déroulement de ceux-ci.

M.C.F. a identifié 6 situations récurrentes d'accompagnements spécifiques autour des troubles du comportement alimentaire : les grignotages importants, la tachyphagie, l'hyperphagie, la restriction cognitive, le trouble du rapport au corps majoré à faire évoluer, le trouble du rapport au corps à améliorer.

➤ *Quand le patient souffre de grignotages répétés et importants, d'anarchie alimentaire, de troubles du rythme dans la vie quotidienne (prise des repas, veille-sommeil), ou de perturbations des sensations alimentaires :*

M.C.F. intègre un travail orienté sur le rythme et la perception sensorielle, qu'elle développe par le toucher manuel de relation et la gymnastique sensorielle. Les intentions sont de créer les conditions pour rééquilibrer le « biorythme sensoriel » qui permet à la personne de se resynchroniser avec ses rythmes corporels, en position allongée et debout. Le travail peut se

prolonger par l'enrichissement des perceptions de justesse du début et de la fin du mouvement : « *percevoir le moment juste pour bouger, le top départ et le top arrivée du mouvement* » et de la possibilité d'arrêter son geste au moment où le corps le demande. Cela permet à la personne d'accéder à ses perceptions de « tempo » du mouvement à partir des sensations perçues et ainsi d'apprendre à s'arrêter et à structurer ses mouvements. Concernant les sensations alimentaires, la personne pourra observer *a posteriori* si cela lui permet de mieux reconnaître ses sensations de faim ou *à contrario* : d'envie, de rassasiement et de pouvoir les respecter. Ce travail attentionnel sur les sensations est expérientiel, il propose au patient de s'appuyer sur ses propres repères pour se guider dans ses prises alimentaires et être capable d'identifier s'il ressent une émotion, une envie ou de la faim réelle avant de consommer un aliment. Cet apprentissage sensoriel permet aussi de poser son attention pendant la consommation et d'identifier le bénéfice de celle-ci afin d'en comprendre les raisons et de limiter la culpabilité.

Par exemple, M.C.F. accompagne une patiente qui se plaint de se lever la nuit, mange un morceau de gâteau, se recouche et commence à culpabiliser de l'avoir fait. Elle ne peut dormir, y pense puis se relève, va manger encore pour calmer la culpabilité d'avoir mangé avant, et ainsi de suite, plusieurs fois dans la nuit. Là il ne s'agit pas de l'empêcher de faire cela mais lui proposer par exemple l'expérience suivante. Lors de la première consommation, poser son attention sur le bénéfice perçu par la prise de cette portion, l'accueillir comme un apport salvateur et nécessaire en temps réel et observer les effets de cette nouvelle posture sur soi. Il n'y a pas de caractère de résultat à obtenir, juste vivre une expérience sensorielle nouvelle, constater les effets sur soi, quels qu'ils soient, parvenir à les verbaliser et à en laisser émerger du sens pour soi et surtout sans culpabilité.

➤ *Quand le patient est tachyphage (prise alimentaire rapide), lorsqu'il vit et agit dans une rapidité qui lui occasionne des problèmes, ou quand il reconnaît « faire tout vite », « ne plus avoir assez de temps » et se plaint des conséquences :*

Certains patients mangent comme ils vivent, à vitesse excessive, voire à l'extrême sans savoir qu'ils sont en train de vivre ou de manger. Ces troubles ne leur apportent pas la conscience de ce qu'ils vivent, ne laissent pas le temps aux sensations de rassasiement d'apparaître et ainsi la quantité alimentaire ne peut pas être régulée. Les personnes décrivent plutôt *a posteriori* une distension abdominale douloureuse, un sommeil postprandial et parfois une faim 1 à 2h après le repas.

Dans ce contexte de rapidité dans différents domaines, M.C.F. propose d'expérimenter la lenteur grâce à des exercices de gymnastique sensorielle avec des mouvements linéaires (favorisant l'implication globale du corps dans l'action) et de percevoir les effets de son geste lent, en temps réel, sa posture, son relâchement. La personne obèse peut ainsi faire l'expérience de sa tolérance à la lenteur, de ce que cela lui apporte ou en quoi cela le gêne. Par cette intention de mouvement gestuel, M.C.F. apprend à la personne à vivre la lenteur, percevoir en temps réel ses sensations corporelles pendant qu'elle est en action.

Le patient pourra ensuite s'appuyer sur son vécu sensoriel pour accéder à une vitesse de vie, de paroles, d'action plus lente et progressivement développer un rapport nouveau à ses perceptions alimentaires et à la nourriture notamment.

- *Quand le patient est en hyperphagie, ou qu'il a besoin de « beaucoup de tout » : espace, temps, attention, consommation d'activités, travail, loisirs en grande quantité, ...*

Certains patients sont en hyperphagie, c'est-à-dire qu'ils ont besoin de manger en grande quantité. Cela peut être expliqué par le patient lui-même, comme un besoin de remplir, la compensation d'un manque, ou pour occuper un espace vide, (espace-temps, vide dans l'estomac, dans la pensée, solitude,...) « *se remplir, combler un vide, s'apaiser* ».

Ce contexte de rapport au corps est plutôt douloureux voire violent. M.C.F. propose alors au patient une séance d'introspection sensorielle. Sa particularité est de proposer au patient de faire un état des lieux de ses perceptions, de poser son attention sur lui et de réfléchir sur la valeur qu'il se donne « *Comment percevez-vous votre corps ? Quand vous fermez les yeux, que ressentez-vous ? Quand vous posez votre attention sur le silence, comment le vivez-vous ? Sur les mouvements de votre corps en position immobile ...* ».

Le patient fait l'expérience de sa propre réalité dans des conditions de respect de soi, d'écoute, de bienveillance. Il peut expérimenter comment être dans une relation respectueuse de soi, comment habiter sa relation à soi autrement que par la nourriture en grande quantité. Cette proposition peut être complétée par une pratique de toucher manuel de relation avec entretien à directivité informative en temps réel, pour développer les perceptions corporelles et stabiliser l'attention.

- *Quand le patient est en restriction cognitive, quand il éprouve le besoin de tout contrôler dans sa vie et celle des autres et que cela lui occasionne une gêne qu'il souhaite faire évoluer*

La restriction cognitive est un phénomène complexe²⁴, ces patients sont dans un besoin de contrôler les choses, certains patients rapportent que cela semble les rassurer. Après une analyse de la demande du patient, M.C.F. utilise tous les outils dont elle dispose pour créer les conditions d'évolution de la problématique : toucher manuel de relation, gymnastique sensorielle, relaxation à médiation sensorielle. Ceci afin de permettre à la personne de faire l'expérience de lâcher prise corporel en toute sécurité avec l'accompagnement et le soutien de la médiation corporelle. Les pratiques corporelles éducatives permettent en effet d'expérimenter des petits temps de lâcher prise tissulaire tout en conservant une certaine sécurité. Elles ont une fonction de « lieu d'expérience contenant et sécurisant » pour le patient. Ainsi, le développement de ses perceptions corporelles permet au patient de ne plus avoir comme seul référentiel sa pensée, il a d'autres repères complémentaires puisés dans le corps via la perception corporelle.

Le développement de la perception corporelle permet de vivre et d'accueillir l'expérience de soi, les sensations émergentes, quelles qu'elles soient, agréables ou pas. Le patient est invité à laisser sa pensée s'enrichir de ces informations pour permettre à plus ou moins long terme de faire évoluer son point de vue. Concrètement, la personne qui se contrôle toujours, expérimente et comprend qu'elle peut vivre des temps de répit sans en souffrir ou sans se mettre en danger.

➤ *Quand le patient a un trouble du rapport au corps majoré et exprimé verbalement et qu'il souhaite faire évoluer*

Les patients obèses souffrent de troubles du rapport au corps comme nous l'avons vu précédemment²⁵ « j'ai perdu 38kg et je suis la seule à ne pas le savoir ! » « J'ai pris 30 kg en un an sans m'en rendre compte ! » et pour certains ce trouble est majoré par une forme de violence contre leur corps (prises alimentaires importantes), une lutte permanente entre le corps et soi, « ce corps qui me fait souffrir », un sentiment de trahison, voire de dégoût du corps « je voudrais ne plus le voir ! ». Dans ce cas, M.C.F. utilise toutes les pratiques corporelles éducatives en orientant ses consignes et ses actions vers se ré-approprier son corps, *retrouver du respect pour lui, se réconcilier avec son corps et soi*. L'attention posée sur soi de manière objective et bienveillante propose au patient d'expérimenter et de vivre de manière nouvelle la considération qu'il a de son corps. Par une découverte de nouvelles

²⁴ Voir chapitre 1.2. 3. 4. 2. La restriction cognitive.

²⁵ Voir chapitre théorique n°3

perceptions, il peut être amené à comprendre qu'il peut apprendre de son corps et ne plus le négliger ou le repousser comme avant.

➤ *Quand le patient souffre d'un trouble du rapport à soi majoré ou exprimé et souhaite faire quelque chose pour l'améliorer :*

Certains patients formulent qu'ils ne se connaissent pas, qu'ils n'ont jamais pensé à se poser la question de comment ils se perçoivent, parfois ils expriment qu'ils se sentent éloignés d'eux-mêmes. Pour réguler ce trouble, le toucher manuel de relation et la relaxation à médiation corporelle sont privilégiés dans l'intention de se percevoir, percevoir son corps, ses limites, ses pensées, ses envies, ses croyances, ...et ainsi apprendre à se connaître pour se reconnaître. Au cours des séances, M.C.F. apprend au patient à accéder progressivement et à son rythme, à une plus grande conscience de lui, de sa réalité, même si celle-ci ne lui convient pas en tant que telle. Il apprend doucement à accueillir sa réalité du moment. Il avance vers plus de tolérance envers lui-même. Il peut témoigner d'une nouvelle confiance en lui et d'une modification dans ses relations à autrui. Il peut observer *a posteriori*, un moindre besoin de recourir à des aliments en grande quantité ou moins fréquemment et parvenir néanmoins à être en accord avec qui il est.

➤ *Conclusion*

Chez la personne obèse, les troubles de l'estime de soi, de l'image corporelle ou de la gestion du stress peuvent s'exprimer à travers différents comportements, notamment alimentaires. Au décours d'un accompagnement infirmier à médiation corporelle, il s'agit pour M.C.F. d'accueillir la personne dans sa globalité actuelle, tant dans ses fonctionnements que dans ses points de vue et son rapport à elle. La médiation corporelle est un support concret qui aide le patient à accéder à une présence et une conscience de soi. Elle permet aussi de verbaliser ses perceptions, afin d'évoluer vers une connaissance de soi et une meilleure qualité d'être dans sa vie quotidienne.

1. 3. Connaissance des patients et de leurs vécus des séances à médiation corporelle

Les patients concernés par notre étude sont en parcours d'hospitalisation de jour (HDJ). On parle d'hospitalisation de jour car ils viennent dans le Service en ambulatoire.

Ils viennent soit pour une journée, dans ce cas, la journée entière est consacrée à l'élaboration de bilans et de diagnostics, effectués par les praticiens concernés du service, au regard de la dernière proposition de suivi. Elle est conclue par une proposition d'actualisation du suivi formulée au patient par les intervenants concernés du service. Cette évolution du suivi est permanente. Elle dépend du patient, de son parcours et de ses attentes.

Ou ils viennent pour des rendez vous ponctuels avec l'un ou l'autre de professionnels du service.

1. 3. 1. Les modalités d'orientation des patients vers les accompagnements à médiation corporelle

Pour comprendre les motifs de la présence des patients dans les groupes d'accompagnement à médiation corporelle, nous avons décidé d'interroger au sein du Service de Nutrition, et à l'aide d'un questionnaire ciblé, l'ensemble des praticiens impliqués dans une décision d'orientation thérapeutique des patients. Le questionnaire et les résultats bruts de cette petite enquête sont présentés en annexes n° 2-4 et n° 2-5.

Il apparaît que, au sein du Service de Nutrition, les patients sont orientés vers une démarche d'accompagnement à médiation corporelle, essentiellement pour des troubles du rapport au corps, du rythme de vie, d'adaptation au stress, de l'estime de soi et d'état de chronicité avéré. Ils ne sont quasiment jamais orientés vers un tel accompagnement pour des troubles du comportement alimentaire ou de l'observance thérapeutique.

1. 3. 2. Analyse des effets des pratiques à médiation corporelle relevés auparavant empiriquement dans le service

Lors de chaque séance d'HDJ, les professionnels notent dans les dossiers-patients tout ce qui concerne le patient, la séance et son déroulé. Ainsi, les infirmières cliniciennes notent dans les dossiers-patients les effets des séances dont témoignent les patients en fin de séances individuelles. Nous avons souhaité analyser ces données pour repérer les tendances et les domaines d'impacts ressortant de façon majoritaire.

Compte tenu du fait que chaque infirmière clinicienne suit en permanence, en moyenne, 90 patients, nous avons décidé de conduire cette analyse sur un échantillon de ces dossiers. La sélection s'est faite de façon aléatoire à partir d'une classification alphabétique des dossiers-patients, chaque infirmière retenant un dossier tous les dix dossiers-patients inscrits en suivi au cours du mois de mai 2013.

L'étude a ainsi porté sur 18 dossiers-patients : 9 dossiers provenant de chaque infirmière clinicienne. Le matériau de recherche est constitué des dossiers mis en place dans le cadre de la pratique du service et organisé dans un tableau prévu à cet effet (Annexe n° 2-3). Nous n'avons pas uniformisé le nombre de séances réalisées pour chaque personne afin de respecter la norme des enquêtes observationnelles en santé, c'est-à-dire prendre le terrain de la recherche et donc le parcours de soin tel qu'il est sans l'influencer. Nous avons étudié la totalité des séances documentées dans les dossiers.

Nous avons tiré des dossiers-patients :

- 4 critères signalétiques : la date des séances, l'indice de masse corporelle du patient, l'âge, le sexe ;
- 8 catégories qualitatives : l'indication de suivi de l'infirmière clinicienne, les autres prises en charge, la demande du patient, la problématique identifiée par l'infirmière clinicienne, les attentes du patient par rapport à la séance, les propositions faites par l'infirmière clinicienne, la pratique proposée les effets obtenus.

Des informations signalétiques, nous observons que la population ainsi étudiée a une moyenne d'âge de 42 +/-20 ans, avec un IMC moyen de 39 +/-10 kg/m². Les répartitions entre les deux groupes de pratique corporelle est la suivante :

- Pratique « 1 » : 7 femmes et 2 hommes ; 43 séances analysées ; 4,3 séance / patient ;
- Pratique « 2 » : 9 femmes ; 52 séances analysées ; 5,77 séances / patient
- Au total : 16 femmes et 2 hommes ; 95 séances analysées ; 5 séance / patient

Les séances se font sous la forme d'une consultation individuelle et nous avons relevé que, en moyenne :

1. les patients ont en moyenne 5 séances à leur actif +/- 3 séances (variabilité maximale de 1 à 11 séances)
2. ils ont une antériorité de suivi de 8 mois en moyenne +/- 4 mois (variabilité maximale de 1 à 15 mois de suivi)
3. les patients effectuent en moyenne 1 séance de pratique à médiation corporelle tous les deux mois,

Les données qualitatives doivent nous permettre de caractériser la demande des patients, la problématique identifiée par l'infirmière, et les effets obtenus. Une analyse transversale des données a été réalisée et l'on a retenu seulement les résultats concernant : 1) les demandes des patients pour ces pratiques, 2) les effets décrits par les patients au niveau de la motivation personnelle et du comportement alimentaire.

Nous avons pu catégoriser 7 effets exprimés : rapport au corps, qualité de vie des patients, l'estime de soi, l'adaptation au stress, comportement alimentaire, motivation personnelle, interaction patient - soignant. Cette catégorisation a permis de dresser un tableau des effets de chacune des deux pratiques et d'ajouter à notre relevé général toute pratique confondue, une rubrique intitulée « effets de la médiation corporelle ».

Il apparaît que les demandes initiales des patients en lien avec l'alimentation sont essentiellement la perte de poids et la régulation du comportement alimentaire, la gestion des peurs et du stress, l'écoute, le bien-être et la gestion de la fatigue.

Deux grandes catégories d'effets bénéfiques sont attribués à ces séances et portent sur :

- une détente physique et psychique pour les 18 patients (100%) ;
- la motivation personnelle pour 14 des 18 patients (78%) : remobilisation des patients pour leur santé, pour leur corps, pour leur rapport à l'alimentation ;
- une amélioration de l'estime de soi pour 13 des 18 patients (72%) : confiance, connaissance et valorisation de soi ;
- une diminution de leur stress pour 12 des 18 patients (66%) : diminution des angoisses, des cauchemars, de la peur de perdre du poids ;
- leur rapport à la nourriture pour 10 patients sur 18 (56%) : baisse des crises de boulimie, de compulsions ou de grignotage, meilleure perception de signes pré-compulsifs ou de situations "à risque", diminution du rythme de la prise alimentaire, des pensées liées à la nourriture, amélioration du rapport à la nourriture.
- 10 patients sur 18 (56%) mentionnent un rapport au corps agréable (souplesse, légèreté, liberté)

Les approches à médiation corporelle ont des effets qualitatifs sur le plan nutritionnel chez les patients souffrant d'obésité. Ces premiers résultats permettent d'envisager un effet bénéfique et complémentaire à la prise en charge multidisciplinaire, de l'enrichissement des perceptions corporelles afin de modifier le rapport à l'alimentation des personnes obèses et le rapport de la personne obèse à elle-même.

Cette étude des dossiers-patients a fait l'objet de deux communications dans des congrès publiés : Journées Francophones de Nutrition 2014 (publication effective) et Congrès ICEPS sur « L'efficacité des interventions non médicamenteuses 2015 » (publication en cours).

2. Phase d'enquête et de collecte des données

En conclusion de la phase d'observation du terrain de l'étude, nous avons résumé les contraintes incontournables et les objectifs prioritaires compte tenu des pistes suggérées par les premiers résultats de nos analyses des dossiers-patients. Cela nous a permis de concevoir le schéma d'ensemble de notre étude, distinguant les étapes de mise au point méthodologique d'une enquête, des étapes d'application en vraie grandeur.

2. 1. Synthèse des enjeux de l'étude et construction du protocole

Les résultats de l'analyse des dossiers-patients laisse entrevoir la pertinence de conduire une évaluation semi-quantitative des effets des pratiques d'accompagnement à médiation corporelle, par voie de questionnaire de type psychométrique, en envisageant une évaluation en deux temps (T1 et T2) au cours de la période d'accompagnement à médiation corporelle.

Nous avons retenu comme critères d'étude les 4 critères d'orientation des praticiennes, qui sont alors devenus les secteurs d'impacts sur lesquels des effets des pratiques corporelles doivent être interrogés auprès des patients : l'estime de soi, le rapport au corps, l'anxiété et l'observance thérapeutique. Nous nous intéresserons donc aux questionnaires psychométriques existant sur l'estime de soi, le rapport au corps, et l'anxiété, ainsi qu'aux formes d'enquêtes sur l'observance thérapeutique. Après réflexion dans le comité de réflexion, il a été décidé d'ajouter des questions sur la qualité de vie des patients et sur leur comportement alimentaire.

Toutefois, notre contrainte principale est de rester dans une dynamique observationnelle sans influence du parcours de soin. Cela impose une durée de remplissage du questionnaire de moins de 45 minutes. Il ne sera donc pas possible d'appliquer plusieurs questionnaires d'enquête. Nous allons vers la perspective d'une construction d'un questionnaire d'enquête adhoc compilant les dimensions principales.

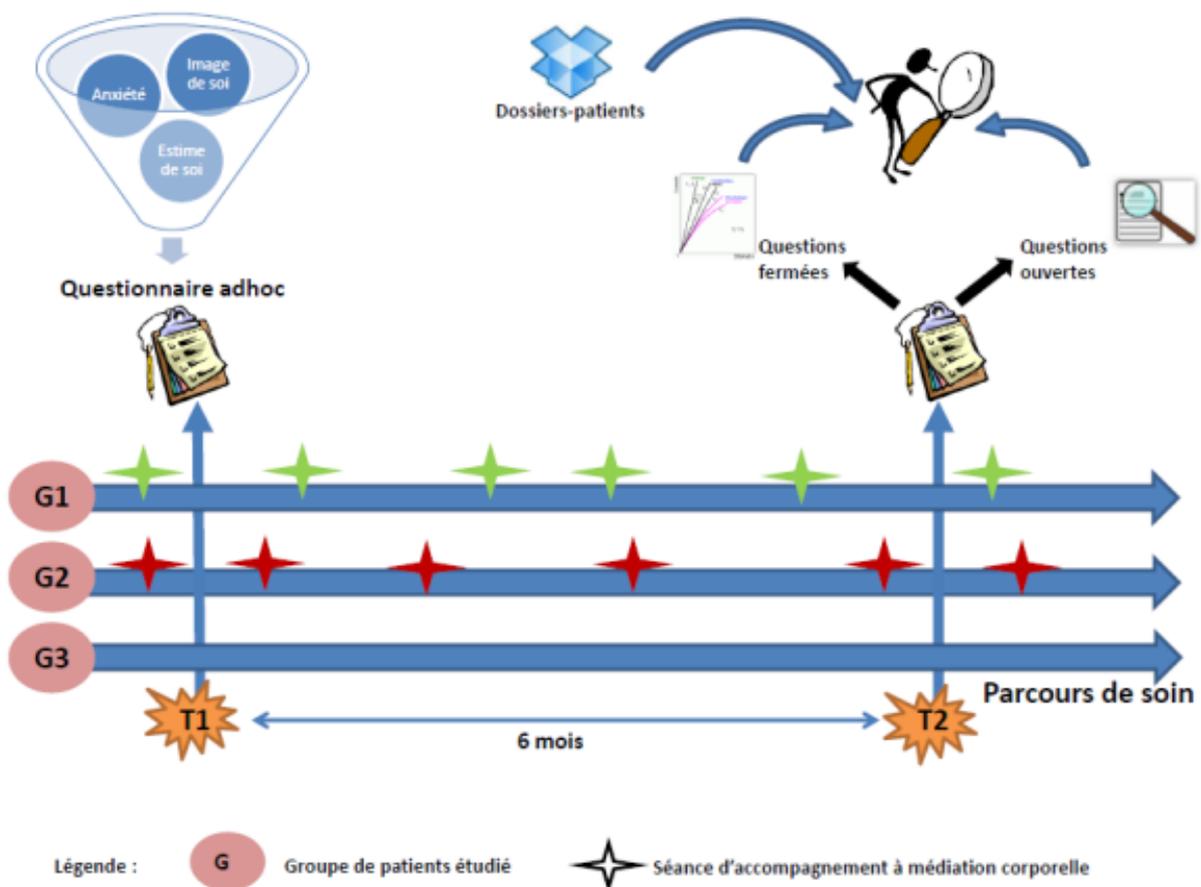
Par ailleurs, notre référence analytique ayant permis de mettre en évidence des effets qualitatifs tangibles à l'issue de 5 séances en moyenne, nous avons tenté d'estimer la durée pertinente possible évaluable. Bien que très variable, car les risques d'abandon sont élevés, la

durée moyenne du parcours d'accompagnement dans le service est d'environ 12 mois. Cependant en raison des contraintes propres à la durée de la thèse doctorale, il n'est pas apparu possible d'étudier une période de suivi plus longue que 6 mois. Compte tenu de la variabilité des parcours de soin, nous pouvons escompter englober dans cette période environ 3-4 séances de suivi.

2. 2. Protocole d'étude

L'enquête va donc porter sur l'évaluation des effets des pratiques à médiation corporelle mises en œuvre auprès des patients du service de nutrition du CHU de Clermont Ferrand. Son architecture est représentée dans le graphique n°3..

Graphique n° 3 : Schématisation du protocole d'évaluation par voie d'enquête auto-administrée de l'effet des pratiques des infirmières cliniciennes : relation d'aide à médiation corporelle sur une population de patients obèses du service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont Ferrand.



L'enquête s'intéresse aux champs de l'estime de soi, du rapport au corps, de l'anxiété, de l'observance thérapeutique, de la qualité de vie des patients et du comportement alimentaire. Nous avons choisi de nous appuyer sur les questionnaires existants et validés dans le domaine

de la santé sur ces thèmes particuliers, en privilégiant les questionnaires auto-administrés qui ont l'avantage de donner la parole au patient. Compte tenu de la contrainte de temps imparti au remplissage du questionnaire, une étape préalable est prévue pour concevoir et tester un questionnaire adhoc rassemblant les items les plus importants de ces différents questionnaires de sorte que ce questionnaire synthétique soit pertinent, fiable et administrable en moins de 45 minutes.

Par ailleurs, comme il n'est pas possible d'étudier l'effet de l'intégralité du parcours de soin chez un ensemble de patients, l'étude évaluative portera sur une période de suivi de 6 mois. Le questionnaire adhoc sera administré au début d'une période arbitraire donnée, à un temps dit T1. Puis il sera à nouveau administré 6 mois plus tard au temps dit T2.

L'étude évaluative va comparer les deux pratiques entre elles et à un groupe témoin n'ayant pas bénéficié d'un accompagnement à médiation corporelle. Les patients du service sont donc ventilés dans 3 groupes :

- un groupe de patients suivi par l'infirmière clinicienne C.L.O. et qui bénéficie de la pratique « 1 » : **groupe 1**,
- un groupe de patients suivi par l'infirmière clinicienne M.C.F. et qui bénéficie de la pratique « 2 », la psychopédagogie perceptive : **groupe 2**,
- un groupe de patients non suivis par une infirmière clinicienne, ce qui signifie que ces patients ne bénéficient pas d'approches à médiation corporelle : **groupe 3**.

Enfin, pour permettre une analyse contextuelle des résultats de cette enquête, nous avons décidé de la compléter en collectant les données personnelles non confidentielles des dossiers-patients. Ces données sont rassemblées dans une annexe au questionnaire. Les patients sont informés de l'utilisation de ces informations, mais aussi de l'anonymat des données de l'enquête.

2. 3. Population étudiée, processus de recrutement et critères d'inclusion

Ma recherche est réalisée sur les parcours d'hospitalisation de jour. De cette façon, mon enquête apportera un éclairage à des processus relevant de l'éducation thérapeutique qui ne sont pas pris en compte dans les suivis réglementaires de cette activité, sans pour autant centrer mon étude sur ce domaine qui fait l'objet d'un cadre pratique et juridique très spécifique.

Nous avons vu plus haut que les deux infirmières cliniciennes participant à l'étude suivent en moyenne 90 personnes en HDJ au sein du service de Nutrition Clinique. Compte tenu de la

grande variabilité d'antériorité de suivi parmi les patients présents dans le service, nous avons décidé de centrer notre enquête sur les patients les plus récemment arrivés. Pour constituer un pool suffisant de patients, nous avons décidé de conduire l'étude sur les patients suivis dans le service depuis **moins de 12 mois**, sans distinction de suivis (médical, psychologique, diététique), cette distinction intervenant simplement comme caractéristique de prise en charge.

Le processus de recrutement des patients dans l'étude s'est déroulé **sur la base du volontariat** et de la façon suivante :

- A la date T1 de démarrage de l'administration du questionnaire (octobre 2013), nous avons commencé à intégrer dans les groupes G1, G2 et G3 tous les patients volontaires et venant pour un suivi dans le service avec une antériorité de moins de 12 mois.
- Les patients ont été répartis dans les deux groupes de pratique selon qu'ils étaient suivis par l'une ou l'autre des deux infirmières cliniciennes. Et le groupe témoin s'est progressivement constitué des patients à qui n'ont pas souhaité suivre d'accompagnement à médiation corporel.
- Le recrutement s'est poursuivi jusqu'en février 2014, jusqu'à ce que chacun des trois groupes compte 33 patients volontaires chacun. Ce nombre de 33 correspond au nombre moyen de patients de moins de 12 mois de suivi par infirmière clinicienne.

L'administration du questionnaire au temps T2, c'est-à-dire au bout des 6 mois de suivi, a débuté en avril 2014 et s'est étalée jusqu'en septembre 2014. Entre T1 et T2, plusieurs patients ne sont pas revenus et les données ont finalement pu être étudiées sur le pool de patients suivant :

- 28 patients pour le groupe 1
- 29 patients pour le groupe 2
- 18 patients pour le groupe 3.

Le principe de notre enquête observationnelle en santé imposant une non-intervention sur les parcours de soin, nous avons fait le choix de ne pas corriger ou compléter les groupes pour les uniformiser.

2. 4. Construction du questionnaire d'enquête

Nous avons réalisé un questionnaire auto-administré pour les participants à la recherche. Il est complété d'un document annexe « annexe de questionnaire » reprenant les données signalétiques, médicales, thérapeutiques, comportementales et environnementales, issues des

dossiers-patients. Le choix de ne pas faire remplir ces informations par les participants eux-mêmes se justifie par la nécessité de ne pas modifier le parcours de soin du patient, comme nous l'avons mentionné précédemment, ce qui impose une durée maximum de remplissage du questionnaire auto-administré (durée de remplissage inférieur à 45min). Les patients sont informés de l'utilisation des données de leurs dossiers en complément du questionnaire auto-administré.

Nous rappelons ici que les patients souffrant d'obésité sont le plus souvent issus d'un milieu socio-économique bas (INSERM, 2012), ainsi nous avons opté pour un questionnaire à remplir manuellement, plus simple d'utilisation qu'un questionnaire en ligne (accès à internet, site de référence, ...).

Ce questionnaire a été élaboré à partir de questionnaires existants sur l'estime de soi (Duclos, Laporte et Ross, 1995²⁶), l'image corporelle (Moyano, 2011), les stratégies d'adaptation au stress (Paulhan et al., 1994), l'observance thérapeutique (ACTG, 2000²⁷), la qualité de vie (ROMDES et Dupuis, Perrault, Lambany, Kennedy, David, 1989) et le questionnaire des habitudes alimentaires des patients (CHU, 2012, non validé). Certaines questions visant à étudier le rapport au corps ont été construites en prenant appui sur les différents travaux de recherche du CERAP.

Ce questionnaire se termine par 2 questions ouvertes permettant aux participants de livrer librement les apports estimés de la prise en charge globale au sein du service de Nutrition Clinique et des approches de relation d'aide à médiation corporelle.

Le choix des questions a été décidé en comité de réflexion.

Ce questionnaire a été soumis, par les infirmières cliniciennes pour les deux premiers groupes (groupe 1 et groupe 2) et par l'intervenant régulier auprès du participant pour le troisième groupe (groupe 3), deux fois aux participants à six mois d'intervalle. Cet espace de temps de six mois permet d'accéder à l'évolution des différents paramètres dans ce laps de temps, le premier temps est nommé **T1** et le second temps est nommé **T2**.

²⁶ Ce questionnaire me semble intéressant car la personne évalue elle-même son estime de soi, les différentes catégories ciblées me semble pertinente pour la problématique de l'obésité, la formulation des questions est simple.

²⁷ Ce questionnaire me semble intéressant car il est validé, les questions sont simples et facilement adaptables, il questionne les habitudes de vie, le processus qui conduit à la non observance et aborde la thématique du regard des autres

2. 4. 1. Méthodologie de construction du questionnaire

Cette méthodologie de construction du questionnaire ainsi que le test de validation du questionnaire ont fait l'objet d'une publication dans la revue Réciprocités n°9 du CERAP.

Ce travail méthodologique a consisté à prendre appui sur des échelles existantes et/ou validées pour créer un outil de mesure spécifique à notre question de recherche. Les échelles de mesure validées sont construites pour évaluer un indicateur précis, dans un contexte particulier (public, ...), selon une organisation réfléchie et une interprétation des données adaptée à cette construction comme le précisent R. Ghiglione et B. Matalon : « *la conception et la rédaction d'un questionnaire sont entièrement déterminés par l'exploitation statistique qui en est prévue* » (1998, p.95). Pour les besoins de ma recherche, nous ne pouvions utiliser ces questionnaires tels quels, car aucun ne répond à ma question de recherche et pris tous dans leur entièreté, cela aurait constitué un ensemble de questions trop important pour maintenir la qualité attentionnelle nécessaire des personnes au bon remplissage du questionnaire.

Nous avons commencé par une recherche approfondie des échelles existantes, puis nous avons reformulé et ajusté ces questionnaires aux besoins de la recherche en essayant de minimiser les transformations. Nous nous sommes imposés comme exigences : la simplicité de remplissage, la compréhension des questions et l'uniformité des propositions. Puis, nous avons réalisé une analyse statistique afin de tester le questionnaire et de le modifier pour tenir compte des résultats statistiques.

2. 4. 1. 1. Choix des questionnaires de référence

Nous allons, dans ce chapitre, présenter notre choix des outils existants et validés et les questions retenues pour le questionnaire de recherche. A partir d'une trentaine d'échelles sur les six indicateurs de la relation à soi pré-cités, nous en avons retenu neuf. Sur ces neuf, deux ont été élaborés pour une population de personnes obèses et sept ont été construits pour un autre public. Nous avons choisi ces sept derniers questionnaires parmi les trente car ils nous ont semblé les plus faciles à adapter au public de personnes obèses et au thème de la recherche sur la relation à soi.

- Indicateur de qualité de vie

La qualité de vie est questionnée par de multiples questionnaires validés, nous avons choisi de retenir deux questionnaires de référence : le questionnaire de qualité de vie utilisé par le

réseau ROMDES (Réseau Obésité Multidisciplinaire d'Essonne et Seine et Marne) et l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie, élaboré par Dupuis, Perrault, Lambany, Kennedy, David (1989) qui évaluent l'un et l'autre la qualité de vie à travers une trentaine de domaines de vie.

Parmi ces trente domaines, traduits en propositions, nous avons retenu ceux qui nous intéressent particulièrement dans la problématique des personnes obèses : la gêne physique occasionnée par l'obésité, le trouble du lien social observé chez ces patients et la perturbation des activités quotidiennes.

- Indicateur d'adaptation au stress ou "coping"

Pour mesurer l'adaptation au stress des patients, nous nous sommes référés au questionnaire de Coping traduit et élaboré par Paulhan et al., (1994), à partir du questionnaire "the Ways of Coping Checklist" de Vitaliano et al., (1985). Dans un souci de concision du questionnaire, nous avons extrait neuf questions sur les vingt-neuf proposées.

Elles ont été choisies de manière à ce qu'elles reprennent les différentes stratégies de coping possibles : stratégie centrée sur le problème, stratégie centrée sur l'émotion ou stratégie centrée sur le lien social. Nous avons ajouté deux questions au neuf questions existantes, une question sur la gestion émotionnelle du stress basée sur la prise alimentaire et une question visant la capacité de la personne à évaluer une situation dite stressante. Ces deux questions ont été élaborées avec les infirmières du service de Nutrition Clinique, elles abordent des problématiques spécifiques aux patients obèses.

- Indicateur d'estime de soi

L'estime de soi fait, elle aussi, l'objet de questionnaires validés, nous nous appuyons sur le questionnaire de Duclos, Laporte, Ross (1995) pour la caractéristique globale qu'il propose, ce caractère s'intéresse à la valeur que la personne se donne de manière générale, sans cibler un domaine précis de sa vie. Nous avons choisi huit questions parmi les dix proposées sur l'estime de soi globale, les deux questions que nous avons écartés se recoupant avec d'autres indicateurs déjà testés dans notre étude.

- Indicateur de rapport au corps et/ou d'image du corps

Le rapport que le patient entretient avec son corps et la représentation que la personne se construit de son corps, sont des éléments majeurs du questionnaire, le thème des approches

corporelles directement étudié, explique ce choix. Pour élaborer notre mesure, nous nous sommes référés à trois outils complémentaires : (1) "Body Shape Questionnaire" élaboré par P.J. Cooper et al. (1986) et traduit par Rousseau (1987) et validé par A. Knotter, P. Barbe, R.M. Raich et H. Chabrol, validée en 2004 ; (2) Questionnaire d'Image Corporelle : QIC, élaboré par M.L. Bruchon-Schweitzer (1990); (3) Figurines A.J. Stunkard, T. Sorensen, F. Schulsinger (1983).

Le Body Shape Questionnaire concerne la dimension d'insatisfaction corporelle. Le thème de la satisfaction corporelle nous est apparu important à questionner en lien avec les troubles du rapport au corps nommés par les infirmières lors des entretiens préalables. Nous avons extrait sept questions de cette échelle.

Le QIC questionne différentes facettes de l'image du corps. Nous avons retenu deux questions portant sur la perception corporelle et deux questions portant sur la visibilité du corps par autrui (corps caché/exhibé).

Les figurines élaborées A.J. Stunkard, T. Sorensen, F. Schulsinger (1983), mesurent la représentation visuelle du corps de la personne. Face à ces figurines, le patient répond selon trois perspectives de l'image corporelle : les représentations visuelles de son corps tel qu'il le perçoit, de son corps idéal et de son corps tel qu'autrui pourrait lui attribuer.

Pour la dimension du rapport au corps, nous avons ainsi retenu quatorze questions et trois dessins, qui nous permettront de cerner l'image du corps et la satisfaction corporelle chez les patients obèses.

- Indicateur d'observance des conseils de santé et hygiène alimentaire

Afin d'évaluer l'observance thérapeutique, reformulée en observance des conseils de santé et d'hygiène alimentaire, terminologie plus adaptée à la population de personnes obèses, nous avons pris appui sur l'auto-questionnaire ACTG (2000), utilisé comme fiche d'évaluation des causes de non observance, pour les patients atteints du VIH. Nous avons choisi ce questionnaire car il s'adresse à des patients ayant une pathologie chronique invalidante comme les patients obèses.

Ce questionnaire donne accès aux causes de non observance médicamenteuse. Parmi les neuf questions proposées, nous avons choisi les sept questions qui ne se réfèrent pas directement à la prise de médicaments.

- Indicateur de comportement alimentaire

Le comportement alimentaire est étudié à partir du questionnaire des habitudes alimentaires des patients (2012), utilisé dans le service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand. Dans un souci de concision de l'outil global, nous avons choisi de questionner six habitudes alimentaires parmi les trente trois proposées.

Nous retenons les questions qui nous donnent accès au lien entre l'état intérieur de la personne et son comportement alimentaire et aux effets de l'environnement sur la prise alimentaire.

2. 4. 1. 2. Procédure de construction du questionnaire de recherche

A partir de ces neuf questionnaires et dans notre souci d'uniformisation, nous avons retravaillé ceux-ci selon différents axes. Nous avons commencé par réfléchir à l'organisation spatiale du questionnaire selon deux orientations. La première reprend l'organisation préconisée par R. Ghiglione et B. Matalon (1998) : « *Il est souvent préférable de commencer par des questions susceptibles d'intéresser le sujet, sans l'effrayer* » (p.99). La seconde nous maintient dans une visée prospective : « *Chaque question doit être interprétée en référence à sa position dans le questionnaire, et donc cette position doit être soigneusement choisie* » (*Ibid.*, p. 99). Nous aurions pu commencé notre questionnaire par les propositions sur le rapport au corps, thème central de notre recherche mais nous ne l'avons pas fait car c'est un thème difficile à aborder chez les patients obèses comme nous le voyons dans le propos de Vindevogel : « *l'obèse ne reconnaît pas son corps, (...) il essaie de le nier, tout cela peut conduire au sentiment d'inexistence corporelle* » (Vindevogel et al., 2006, p. 378). Nous avons ainsi opté pour des questions moins confrontantes pour le début du questionnaire (la qualité de vie et l'adaptation au stress) et conservé les questions les plus délicates (le comportement alimentaire) pour la fin de notre échelle.

Nous avons travaillé précisément le contenu et la formulation des questions selon cinq contraintes :

- La première contrainte que nous avons respectée est de reformuler les questions en utilisant le pronom de la première personne du singulier, le "je" afin de permettre aux personnes d'être d'emblée impliquées dans les questions.
- La seconde contrainte est de formuler les questions pour que les réponses puissent toutes être données sur une échelle de Lickert. Cette échelle déclinée à partir des « *variables qualitatives ordinales* » (R. Desanti et P. Cardon, 2010, p.95) : "jamais, rarement, parfois, souvent et toujours", nous semblait être la plus pertinente pour

accéder aux nuances des réponses. Nous avons respecté l'ordre naturel de ces valeurs possibles.

- La troisième contrainte que nous avons observée concerne le choix des questions parmi les questionnaires choisis. Chaque questionnaire validé sélectionné (voir chapitre de sélection des questionnaires) comporte entre dix et trente-quatre questions, nous ne pouvons pas les utiliser en intégralité car cela aurait produit un questionnaire trop long. Pour réaliser ce choix de questions, nous avons réalisé un arbre horizontal de construction du questionnaire qui présente le concept étudié et les indicateurs de ce concept. Certains indicateurs ont été catégorisés en sous-indicateurs dans un souci de précision.
- La quatrième contrainte est de limiter le questionnaire à une soixantaine de questions pour avoir un temps de réponse inférieur à 30 minutes. Cette durée nous a été demandée par le comité d'éthique ayant autorisé la recherche. Dans ce cadre-là, nous respectons les préconisations de R. Ghiglione et B. Matalon (1998) : « *Un questionnaire composé en majorité de questions fermées, ne devrait pas dépasser 45 minutes lorsque la passation se fait dans de bonnes conditions (...), au delà, l'intérêt faiblit* » (p.100). Nous avons volontairement choisi d'interroger plus longuement le thème du corps car il est directement concerné dans la recherche doctorale portant sur deux pratiques de relation d'aide à médiation corporelle, et d'interroger le moins possible le comportement alimentaire car c'est un thème difficile à aborder chez les personnes obèses.
- La cinquième contrainte est de choisir des questions claires, simples et faciles à comprendre afin d'éviter des biais compréhensifs comme le soulignent R. Desanti et P. Cardon (2010) : « *Assurez vous que vos questions soient formulées dans un langage simple, concis et clair* » (p. 91). Il doit aussi être rédigé de manière à ne pas nécessiter d'explications autres que celles clairement énoncées comme nous en informent R. Ghiglione et B. Matalon (1998) « *Le questionnaire doit être conçu de telle sorte qu'il n'y ait aucun besoin d'explications autres que celles qui sont explicitement prévues* » (p. 96).

Nous avons complété ce questionnaire par les trois questions portant sur des figurines représentant des personnes de différentes corpulences (Stunkard, Sorensen, Schulsinger, 1983). Nous avons positionné ces figurines au deux tiers du questionnaire, ce qui a aussi comme objectif de relancer l'intérêt de la personne en changeant la modalité de réponses.

2. 4. 2. . Test 1 de fiabilité du questionnaire – public tout venant

2. 4. 2. 1. Dictionnaire des variables

Pour réaliser l'analyse statistique du questionnaire, nous avons réalisé un dictionnaire des variables pour chaque question et chaque réponse. Le dictionnaire des variables correspondant aux questions est en annexe n° 3-1.

Le dictionnaire des variables correspondant aux réponses est le suivant :

- jamais = 1
- rarement = 2
- parfois = 3
- souvent = 4
- toujours = 5

2. 4. 2. 2. Présentation générale de l'analyse statistique

Afin de réaliser la phase de test du questionnaire que nous avons créé²⁸, nous avons suivi plusieurs étapes. Nous avons proposé à des personnes tout venant et volontaires de remplir ce questionnaire, via un site de sondages en ligne²⁹. Ce questionnaire a été diffusé par le réseau social Facebook et par des contacts courriels personnalisés. Les paramètres de restriction, choisis pour ce test, étaient :

- Pas d'obligation de répondre à une question pour passer à la suivante,
- Possibilité de retourner au sondage pour mettre à jour les réponses existantes
- Une seule réponse par adresse électronique
- Possibilité de plusieurs réponses par ordinateur
- Pas d'affichage des résultats
- Pas de paramètres de disqualification

Nous avons obtenu 632 réponses en trois semaines (du 11-09-2013 au 2-10-2013). Sur ces 632 réponses, 433 étaient complètes. L'analyse statistique pour ce test porte sur les 433 réponses complètes.

Nous avons effectué un codage des questions et des réponses, présenté dans un dictionnaire des variables.

Pour effectuer le test statistique, certains indicateurs de la relation à soi, telle que nous l'avons définie, sont divisés en deux ou trois échelles en fonction du questionnaire dont ils sont issus. L'analyse se fera sur neuf échelles qui correspondent aux huit questionnaires validés

²⁸ Nous souhaitons tester la pertinence et la justesse des questions.

²⁹ SurveyMonkey

présentés dans le chapitre précédent et à une échelle créée pour les besoins de la recherche sur la perception corporelle.

Les différents tests statistiques utilisés sont :

- l'Alpha de Cronbach est un test de fiabilité, « il mesure la cohérence interne d'une échelle construite à partir d'un ensemble d'items (...) plus la valeur est proche de 1, plus la cohérence interne de l'échelle (sa fiabilité) est forte » (Carricano et al., 2010, p. 61) ;
- l'analyse factorielle « permet de révéler le nombre de dimensions d'un concept, souvent d'ailleurs son unidimensionnalité. En effet, un concept peut comporter une ou plusieurs facettes. (...) Dans le cadre du développement de nouveaux instruments, l'analyse factorielle exploratoire permet de constater si les items correspondent effectivement aux concepts présentés comme répondants.» (*Ibid.*, p. 62.63) ;
- le coefficient des corrélations de Pearson « est une mesure d'association qui permet d'établir si deux variables mesurées sur le même ensemble d'observations varient de façon analogue ou non (...). Si r est proche de +1, cela signifie que les deux variables varient dans le même sens, si r est proche de -1, cela signifie que les deux variables varient en sens inverse l'une de l'autre. » (*Ibid.*, p. 154) ;
- l'analyse multivariée de la variance MANOVA³⁰ nous permet d'accéder à l'influence du genre et de l'âge sur les réponses de manière générale. « *Des interactions apparaissent lorsque les effets d'un facteur donné sur les variables expliquées dépendent des modalités des autres facteurs* » (*Ibid.*, p. 134) ;
- l'analyse des effets inter-sujets ANOVA nous donne à voir de manière plus précise les effets du genre et de l'âge sur les modalités de réponses. « *Il s'agit de savoir si un facteur, ou une combinaison de facteurs agissant en interaction, ont un effet sur la variable quantitative expliquée* » (*Ibid.*, p. 126).

Nous n'avons pas effectué de test statistique pour les questions portant sur les figurines car nous n'avons pas modifié le test existant. Ces figurines évaluent l'"écart entre corps perçu et corps idéal" (CPerçuCIdeal) et l'"écart entre corps perçu et corps te que perçu par les autres" (CPerçuCAutres).

II. 4. 2. 3. Présentation détaillée de l'analyse statistique

Analyse selon l'Alpha de Cronbach et analyse factorielle

L'Alpha de Cronbach qui nous donne accès à la cohérence des questions autour d'un concept est satisfaisant pour nos différentes mesures : qualité de vie et gêne physique (QVGP) (0,795), estime de soi (EstS) (0,835), insatisfaction corporelle (ISC) (0,852), image corporelle (ImaC)

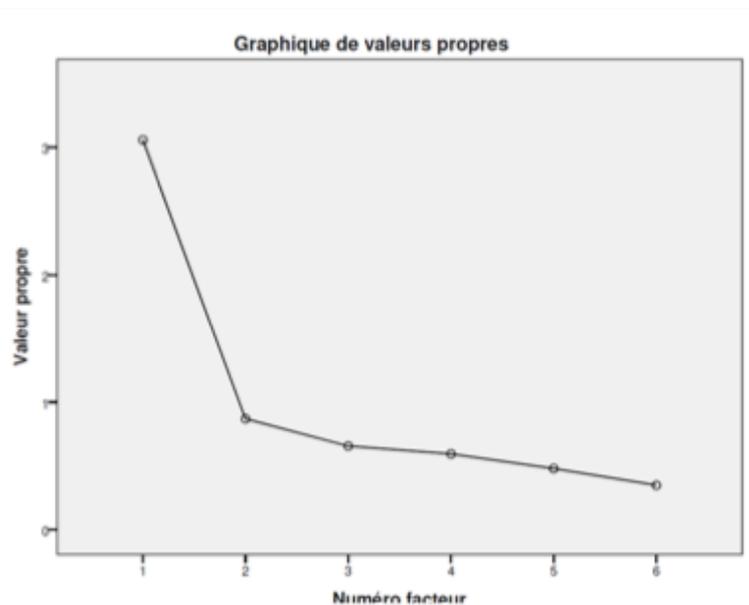
³⁰ MANOVA : comportant la trace de Pilai, le lambda de Wilks, le trace de Hotelling et la plus grande racine de Roy

(0,696), observance thérapeutique étudié comme respect des conseils de santé et hygiène alimentaire (HyAl) (0,812). Cela signifie que ces indicateurs ont une fiabilité satisfaisante.

Ces résultats ont été confirmés par l'analyse factorielle pour ces indicateurs. Nous avons suivi le critère de Cattell pour interpréter le nombre de dimensions sous-jacentes aux questions. Selon ce critère, l'analyse du graphique des valeurs propres amène à considérer que le nombre de dimensions à retenir est le nombre précédent l'apparition d'un « coude ».

Nous prenons comme exemple, le graphique de la QVGP. Pour cette échelle, le graphique des valeurs propres présente une forme de coude au niveau du second facteur. Nous pouvons considérer qu'un seul axe (ou un seul concept) est questionné.

Graphique n° 4 Test fiabilité du questionnaire par une analyse factorielle – Graphique de qualité de vie et gêne physique



Lors de l'analyse de nos différentes mesures, une seule dimension peut être considérée pour l'échelle QVGP expliquant à elle seule 50.95% de la variance. De même, les analyses en composantes principales réalisées indiquent une dimension importante pour les échelles EstS (47.98%), ISC (59.27%), ImaC (52.44%), et HyAl (47.69%). Ces résultats, en confirmation des alphas satisfaisants, nous permettent de penser que ces différentes échelles mesurent respectivement une seule dimension, un seul concept. Cela va dans le sens d'une qualité psychométrique satisfaisante en termes de validité.

Cependant, les autres indicateurs n'ont pas obtenus des résultats aussi satisfaisants et ont été modifiés en fonction.

Pour l'indicateur de qualité de vie et loisirs, détente, l'Alpha de Cronbach obtenu est à 0,562, ce qui donne un indice de fiabilité moyen. Cela peut être dû au faible nombre de questions et à la question QDLD_4 qui n'apparaît pas corrélée aux autres.

Lors de l'analyse factorielle, l'examen du graphique des valeurs propres indique plusieurs axes. Après analyse détaillée, il semble que deux axes soient questionnés (resp. 38.41 et 23.32% de la variance), regroupant pour le premier les trois premières questions (QDLD_1, QDLV_2, QVLD_3) comme "qualité de vie et loisirs" (QVLD) et pour le second, les deux autres questions (QVLD_4, QVLD_5), qui pourront être, à leur tour interprétés, comme "qualité de vie et famille" (QVF).

Nous nous servons de ce test et prendrons appui sur cette nouvelle codification des questions sur la qualité de vie pour réaliser l'analyse statistique du questionnaire de recherche doctorale.

Pour l'indicateur de "coping" ou adaptation au stress, l'Alpha de Cronbach obtenu est à 0,319, ce qui indique une fiabilité faible. Cela peut s'expliquer par le fait que cette échelle est sous séquencée en trois variables : stratégies d'adaptation centrées sur le problème, centrées sur l'émotion ou sur le lien social.

L'analyse factorielle confirme ce phénomène, le graphique de valeurs propres laisse supposer l'existence de plusieurs axes. Il apparaît clairement que les questions posées ne donnent pas des réponses très uniformes. Cependant, après analyse poussée des mesures, il apparaît que certaines questions sont corrélées autour d'un thème.

Ainsi, une classification différente de celle proposée initialement sera retenue pour l'analyse du questionnaire auprès de la population étudiée dans la thèse, les stratégies étant reclassées en : Centrée sur le problème (CopPb) : CopPb_1 et CopPb_3 ; Centrée sur l'émotion (CopEmo) : CopEm_1, CopEm_3 et CopPb_2 ; Centrée sur le lien social (CopSoc) : CopSoc_1, CopSoc_3 et CopEm_2. L'indicateur CopSoc_2 pouvant être interprété comme stratégie centrée sur le lien social, ou centrée sur l'émotion. Il nous faudra définir cette appartenance au contact des données obtenues sur la population de la recherche.

Pour l'indicateur de perception corporelle (PCorps), l'Alpha de Cronbach obtenu est à 0,577 en supprimant la question sur la préoccupation de soi, ce qui donne un indice de fiabilité bon.

L'analyse factorielle confirme ce choix en présentant un graphique de valeurs propres en forme de coude avec 39.60% de la variance.

Cette question sur la préoccupation de soi PercCorp_5 sera retirée du questionnaire proposé à la population de recherche doctorale.

Pour l'indicateur de comportement alimentaire (CAI)

Les questions telles qu'elles sont posées ont un Alpha de Cronbach à 0,672 ce qui donne un bon indice de fiabilité après inversion de chiffrage de la question : CAEInt_2 qui a une orientation inverse des autres questions.

Cette inversion est confirmée par l'analyse factorielle, qui sans cette question, donne accès à un graphique de valeurs propres en forme de coude avec 44.20% de la variance.

Nous choisissons de retirer la question codée : CAEInt_2 du questionnaire de recherche.

Remarque : Le dictionnaire de variables présenté en annexe prend appui sur les nouveaux codages des questions.

Les deux questions ouvertes de fin de questionnaire permettant une expression écrite libre des patients ne sont pas testées statistiquement.

2. 4. 3. Synthèse de la méthodologie de construction du questionnaire

En prenant appui sur des échelles existantes et validées et à partir d'une méthodologie rigoureuse, nous avons créé un outil de mesure de la relation à soi qui nous apparaît de bonne qualité statistique.

Nous avons ajusté le questionnaire de recherche doctorale en fonction des résultats statistiques obtenus auprès de 433 personnes tout venant et volontaires en supprimant deux questions et en modifiant le codage pour deux indicateurs.

Nous avons observé que trois indicateurs inter-influencent majoritairement les autres : l'image du corps, la perception corporelle et le comportement alimentaire, nous serons attentionnés à ce phénomène dans l'analyse des données de la recherche. Nous aurons aussi un souci de ne pas négliger l'influence du genre et de l'âge sur certains indicateurs, comme l'insatisfaction corporelle qui évolue beaucoup au cours de la vie d'adulte et la qualité de vie.

Nous resterons cependant prudent quant à la fiabilité du questionnaire, celui-ci n'ayant pas été soumis à nouveau à un public tout venant. Il reste que l'étude doctorale permettra d'aborder des éléments complémentaires de fiabilité de cette échelle de la relation à soi selon des indicateurs choisis en fonction du public de patients obèses.

2. 5. Questionnaire

Le questionnaire est précédé : d'un paragraphe de présentation de la recherche à destination des participants, d'un identifiant codé du patient afin de conserver son anonymat (identifiant codé dans le service de Nutrition Clinique) et de la date du remplissage du questionnaire.

Texte de présentation de la recherche :

Dans le cadre d'une recherche doctorale dans le service de Nutrition Clinique dans lequel vous êtes suivis, nous vous proposons de remplir un questionnaire de recherche. Il vous est proposé une première fois aujourd'hui et vous sera retransmis dans 6 mois, afin de voir les effets de votre prise en charge sur une durée de 6 mois.

Il vous est remis par l'infirmière qui vous suit ou par la personne de référence qui vous suit dans le service. Nous vous demandons, après l'avoir rempli, de le mettre dans l'enveloppe et de le déposer dans la boîte prévue à cet effet.

Ce questionnaire est en six parties, il traite de différents thèmes : votre qualité de vie, votre adaptation au stress, votre estime de vous-même, le rapport à votre corps, le respect des conseils de santé et d'hygiène alimentaire et votre comportement alimentaire. Il comporte environ 60 questions et se remplit en 10 minutes environ.

Nous vous soumettons une autorisation à remplir pour utiliser des éléments de votre dossier en complément de ce questionnaire.

Toutes les données de votre dossier et du questionnaire sont soumises aux règles de la recherche scientifique, notamment l'anonymat et la confidentialité. Aucune donnée personnelle ne permettra de vous identifier.

Recevez nos remerciements pour votre participation à cette recherche.

Présentation du patient :

Identifiant codé du patient :

Date de l'étude / T1 :

Questionnaire de recherche :

Dans la vie de tous les jours, je ressens de la gêne physique :

1. Pour respirer quand je fais un effort



2. Parce que j'ai des douleurs dans les articulations (genoux, hanches, épaules, ...)



3. Pour monter et descendre les escaliers



4. Pour faire mes courses



5. Dans les relations sexuelles à cause de douleurs physiques



6. Pour dormir



Pour avoir du plaisir au quotidien :

7. J'ai des loisirs



8. Je m'accorde des temps de détente



9. Je sors avec des ami(e)s



10. Je passe du temps en famille



11. Je prends soin de ma maison



Pour faire face à une situation stressante :

12. J'établis un plan d'action et je le suis



13. Je parle à quelqu'un de ce que je ressens



14. Je me sens mal de ne pas pouvoir éviter le problème



15. J'espère qu'un miracle va se produire



16. Je garde mes émotions pour moi



17. Je mange



18. Je m'isole



19. J'accepte la sympathie et la compréhension de quelqu'un



20. Je repère si c'est une situation « à risque », dangereuse pour moi



De manière générale

21. Je suis fier(ère) de moi



22. Je suis sûr(e) de moi quand j'entreprends quelque chose de nouveau



23. Je crois en mes capacités personnelles



24. Je me fais confiance



25. Je prends de bonnes décisions



26. Je valorise mes réalisations



27. Je suis capable de refuser des demandes



28. Je me connais bien et je cherche à répondre à mes besoins



Concernant mon corps

29. En situation d'ennui, j'ai des idées noires à propos de ma silhouette



30. Quand je pense à ma silhouette, cela trouble ma capacité à me concentrer (pendant que je regarde la télévision, que je lis, que j'écoute une conversation, ...)



31. J'ai honte de mon corps



32. Je manque de contrôle et je pense avoir la silhouette que je mérite



33. Quand je vois mon reflet (dans un miroir, une vitrine de magasin, ...), je me sens mal à l'aise par rapport à ma silhouette



34. Je suis préoccupé (e) par ma silhouette au point de faire de l'exercice physique



35. Je me sens bien dans mon corps



36. J'écoute et respecte mon corps



37. Je trouve que mon corps doit être caché



38. Je suis gêné(e) quand quelqu'un me touche



39. Je considère que mon corps est en bonne santé



40. Je considère mon corps comme faible, fragile



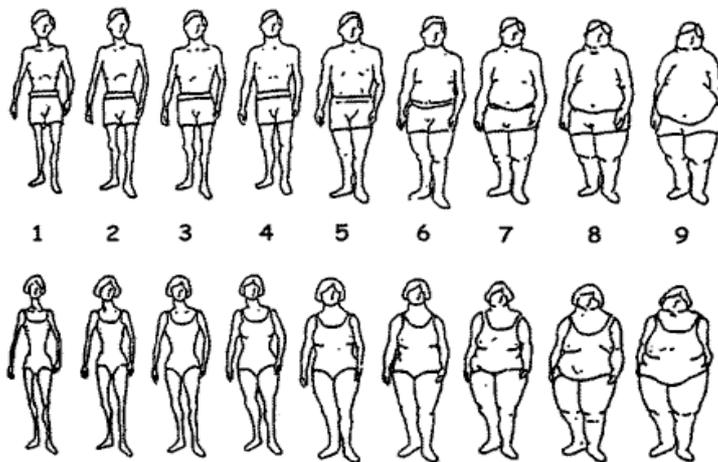
41. Je pense que mon corps doit m'obéir



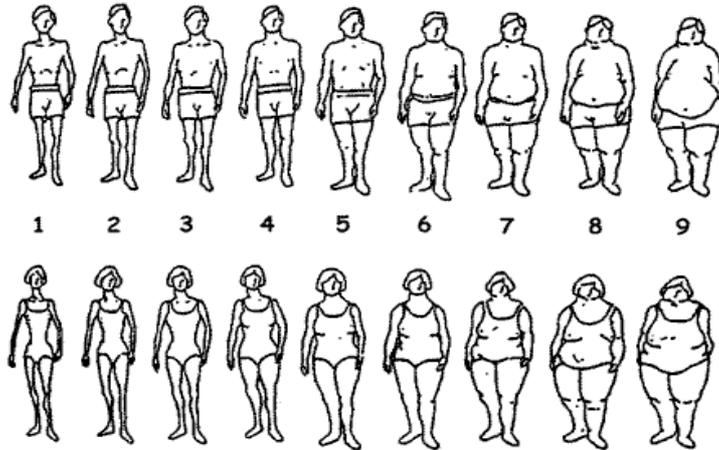
42. Je trouve que mon corps est inutile



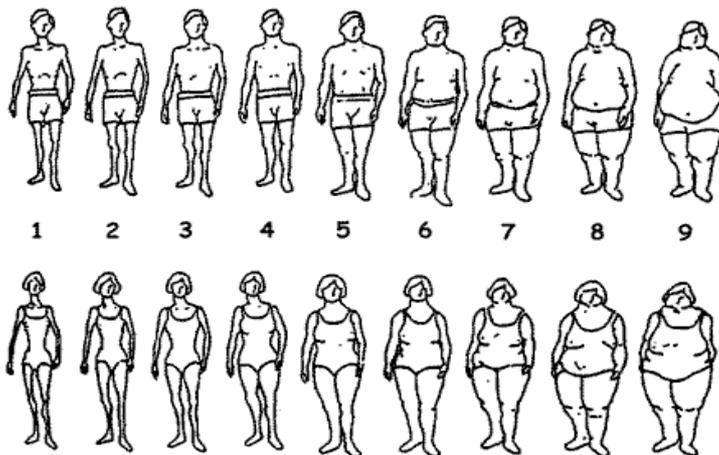
43. En observant ces figurines, celle qui **me correspond le mieux** est



44. En observant ces figurines, celle qui correspond le mieux à **ce que je voudrai être** est :



45. En observant ces figurines, celle qui représente le mieux **comment les autres me voient** est :



Pour les conseils de santé et d'hygiène alimentaire (manger équilibré, pratiquer des activités physiques, respecter mon sommeil, éviter de fumer, de consommer de l'alcool, ...)

46. J'oublie les conseils



47. Je ne respecte pas les conseils quand je ne suis pas chez moi



48. Je ne respecte pas les conseils quand je suis occupé (e) à autre chose



49. Je ne veux pas que les autres me voient en train de suivre ces conseils



50. Je ne respecte pas les conseils quand il y a un changement dans mes routines quotidiennes



51. Je ne respecte pas les conseils quand je suis malade, quand je ne me sens pas bien



52. Je ne respecte pas les conseils quand je me sens déprimé (e), à bout



A propos de mon comportement alimentaire

53. Quand je suis irrité (e), j'ai envie de manger



54. J'ai envie de manger lorsque je me sens seul(e)



55. Si je dispose de quelque chose d'appétissant, je le mange immédiatement



56. Lorsque je vois d'autres personnes manger, l'envie me prend de manger également



57. Je peux résister aux nourritures délicieuses



Concernant le suivi dans le service de Nutrition Clinique

58. Le suivi dans le service de Nutrition Clinique m'apporte : ...

59. Je suis suivi (e) par une infirmière clinicienne, cette approche m'apporte : ...

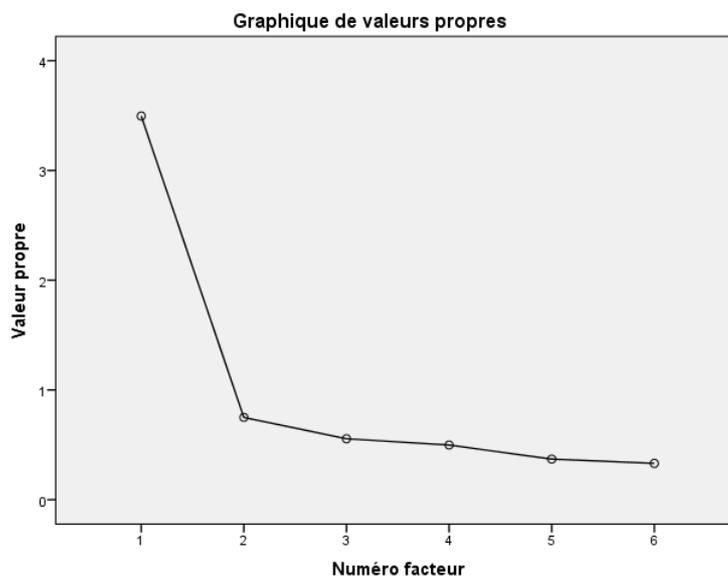
2. 6. Test 2 de fiabilité du questionnaire – public de patients obèses

Le questionnaire de recherche a été à nouveau testé statistiquement à partir des données recueillies auprès des patients obèses afin d'en vérifier l'adaptation à cette population et de vérifier la validité des changements faits. Il est important de vérifier que les patients obèses comprennent les questions de la même manière que les personnes tout venant. En effet, certaines problématiques propres à l'obésité, citées précédemment, peuvent influencer la compréhension de certaines questions. Nous vérifions aussi que les changements opérés suite au test 1 de fiabilité sont efficaces.

1 - Qualité de vie et gêne physique (QVGP) :

L'analyse factorielle est satisfaisante, elle confirme la présence d'une seule dimension questionnée. Cela justifie de pouvoir créer un score moyen de QVGP.

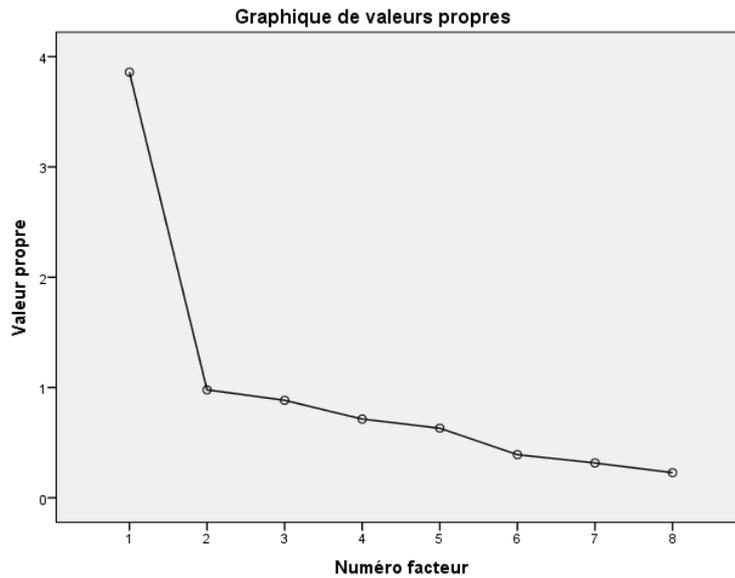
Graphique n° 5 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – qualité de vie et gêne physique



2 - Estime de soi (EstS) :

L'analyse factorielle est satisfaisante, ce qui confirme la présence d'une seule dimension. Cela justifie de pouvoir créer un score moyen de EstS.

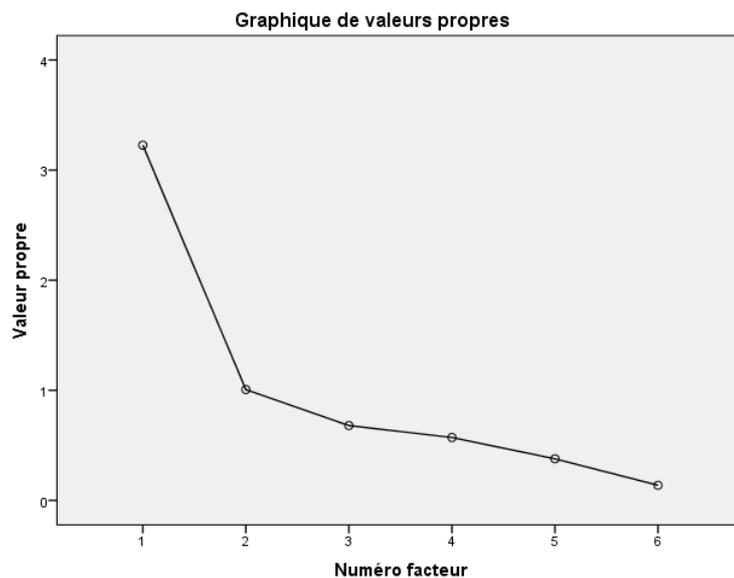
Graphique n° 6 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – estime de soi



3 – Insatisfaction corporelle (ISC) :

L'analyse factorielle suggère que l'item n°6 ne sature pas bien sur la première dimension alors même qu'une dimension émerge fortement.

Graphique n° 7 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – insatisfaction corporelle



Après avoir effectué l'analyse factorielle sans l'item n°6, il s'avère que celui-ci ne corrèle pas avec les autres items de l'échelle. Au vu de cette analyse, on peut créer un score moyen d'insatisfaction corporelle, mais un score sans Item6 sera créé afin de vérifier les résultats.

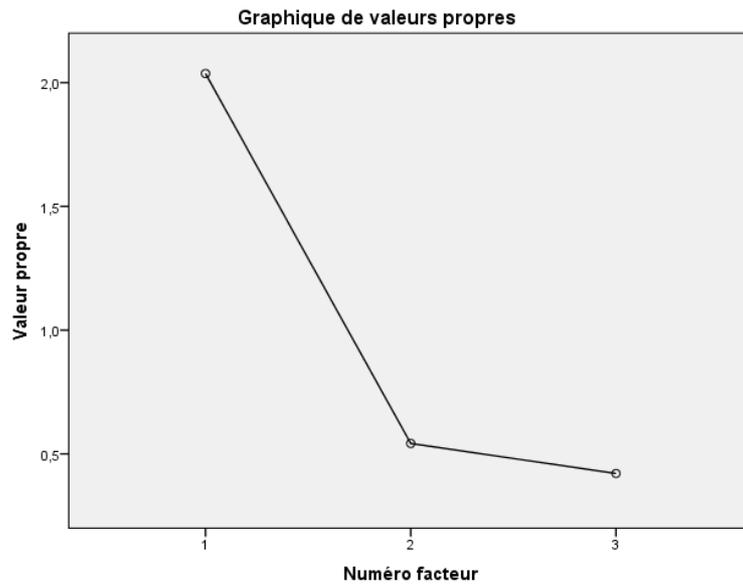
Tableau n° 3 : Test 2 de fiabilité du questionnaire - insatisfaction corporelle

	SatisfCorp_1 _T1	SatisfCorp_2 _T1	SatisfCorp_3 _T1	SatisfCorp_4 _T1	SatisfCorp_5 _T1	SatisfCorp_6 _T1
r	1	,657**	,646**	,359**	,560**	,113
SatisfCorp_1Si _T1		,000	,000	,002	,000	,332
g.						
N	75	75	75	74	74	75
r	,657**	1	,719**	,406**	,432**	,148
SatisfCorp_2Si _T1			,000	,000	,000	,205
g.						
N	75	75	75	74	74	75
r	,646**	,719**	1	,395**	,729**	,148
SatisfCorp_3Si _T1		,000		,000	,000	,205
g.						
N	75	75	75	74	74	75
r	,359**	,406**	,395**	1	,434**	-,025
SatisfCorp_4Si _T1		,000	,000		,000	,831
g.						
N	74	74	74	74	73	74
r	,560**	,432**	,729**	,434**	1	,181
SatisfCorp_5Si _T1		,000	,000	,000		,124
g.						
N	74	74	74	73	74	74
r	,113	,148	,148	-,025	,181	1
SatisfCorp_6Si _T1		,332	,205	,831	,124	
g.						
N	75	75	75	74	74	75

4 - Perception corporelle (PercCorp) :

L'analyse factorielle effectuée confirme l'émergence d'une seule dimension et autorise la création d'un score moyen de PercCorp.

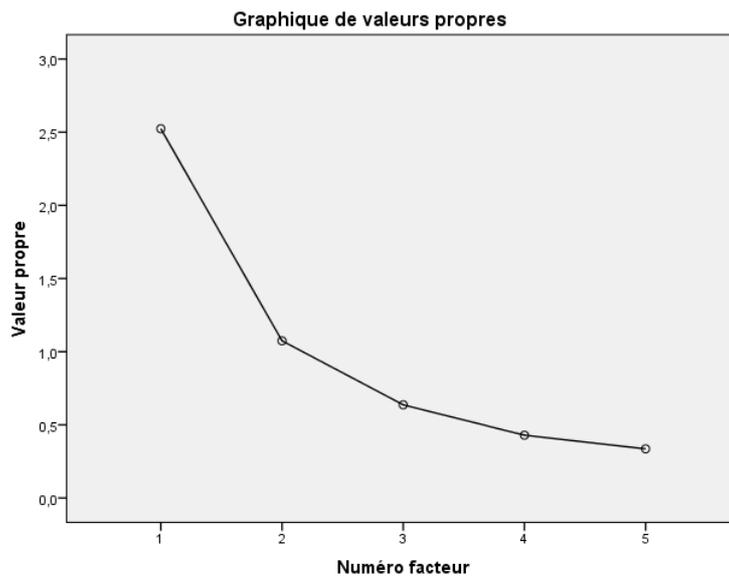
Graphique n° 8 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – perception corporelle



5 - Image corporelle (ImaC) :

L'analyse factorielle fait apparaitre certes faiblement une seconde dimension en raison de l'item 4 qui sature sur cette dernière. Au vu de cette analyse, on peut créer un score moyen d'image corporelle, mais un score sans Item4 sera créé afin de vérifier les résultats.

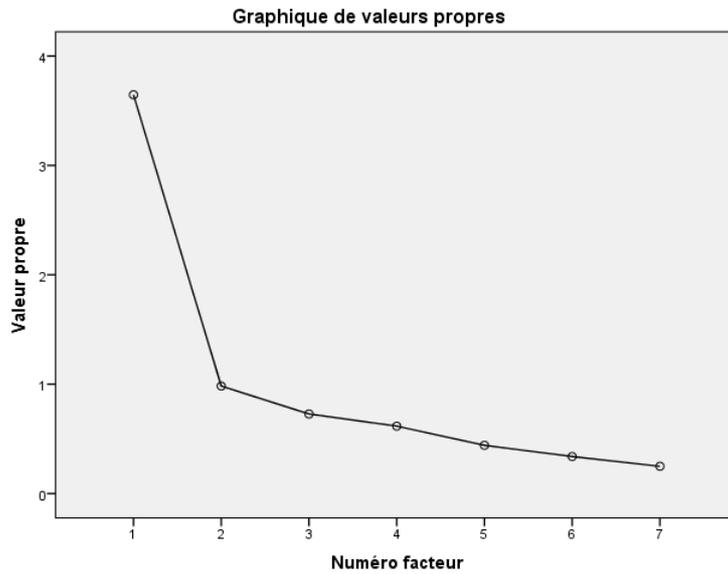
Graphique n° 9 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – image du corps



6 – Conseils de santé et hygiène alimentaire (HygAl) :

L'analyse factorielle fait apparaître une dimension unique et justifie la création d'un score moyen de HygAl.

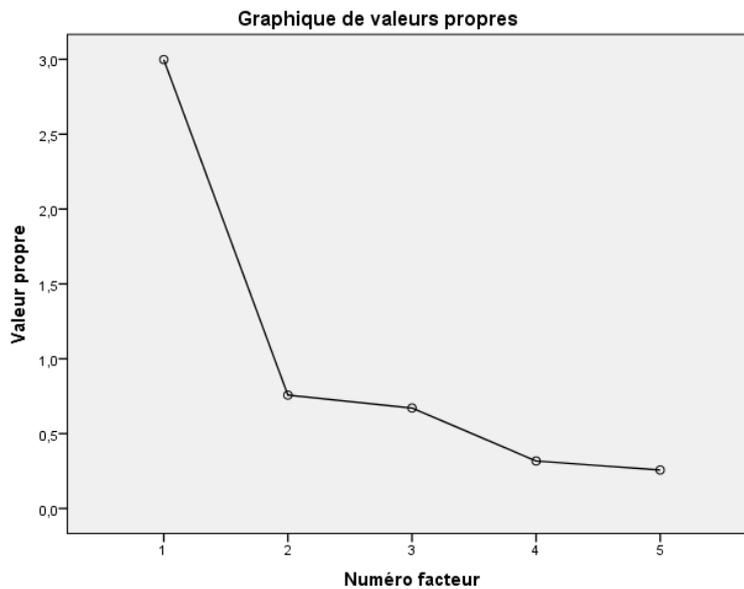
Graphique n° 10 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – conseils de santé et d'hygiène alimentaire



7 – Comportement alimentaire (CAI) :

L'analyse factorielle fait apparaître une dimension unique et justifie la création d'un score moyen de CAI.

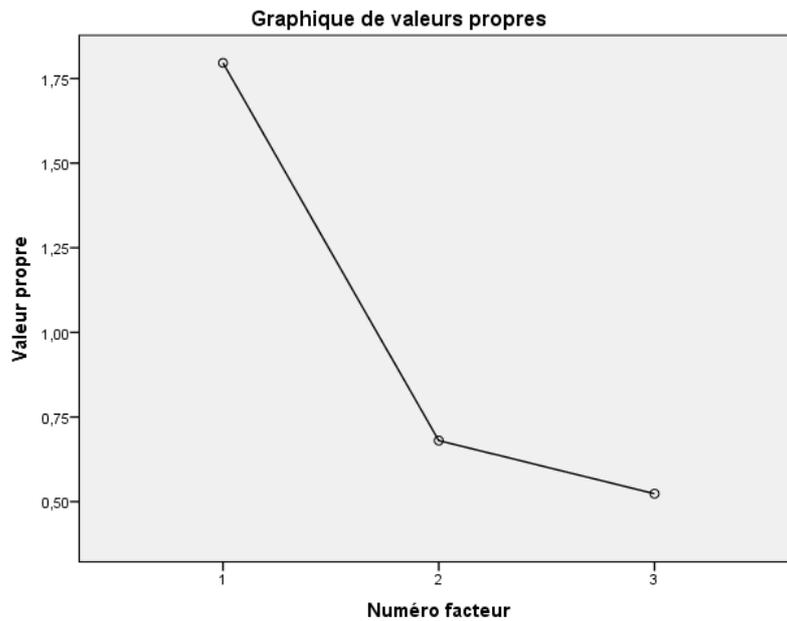
Graphique n° 11 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – comportement alimentaire



8 – Qualité de vie et loisirs (QVLD)

L'analyse factorielle fait apparaître une dimension unique et justifie la création d'un score moyen de QVLD.

Graphique n° 12 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – Qualité de vie liée aux loisirs



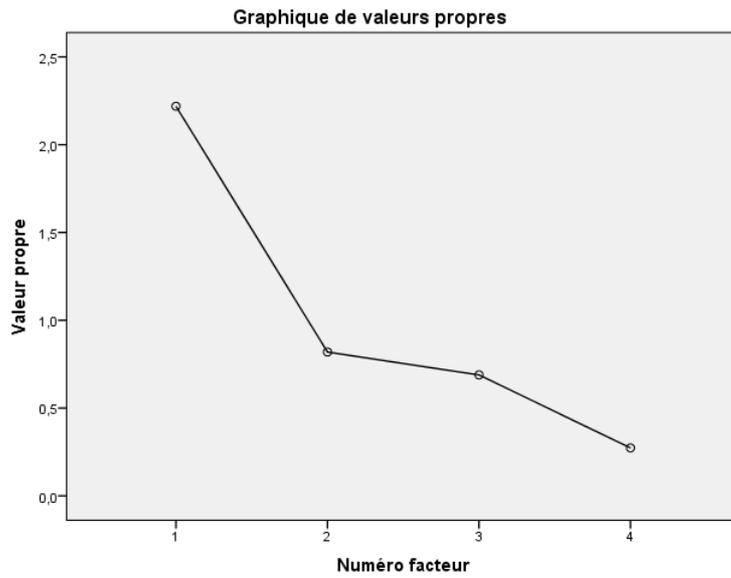
9 – Coping centré sur le problème :

Nous n'avons pas réalisé d'analyse factorielle pour cette variable car il y a seulement deux items. La vérification par corrélation est modeste mais significative ($r = 0,264$; $p = 0,022$).

10 – Coping social (CopSoc) :

L'analyse factorielle fait apparaître une dimension unique et justifie la création d'un score moyen de CopSoc.

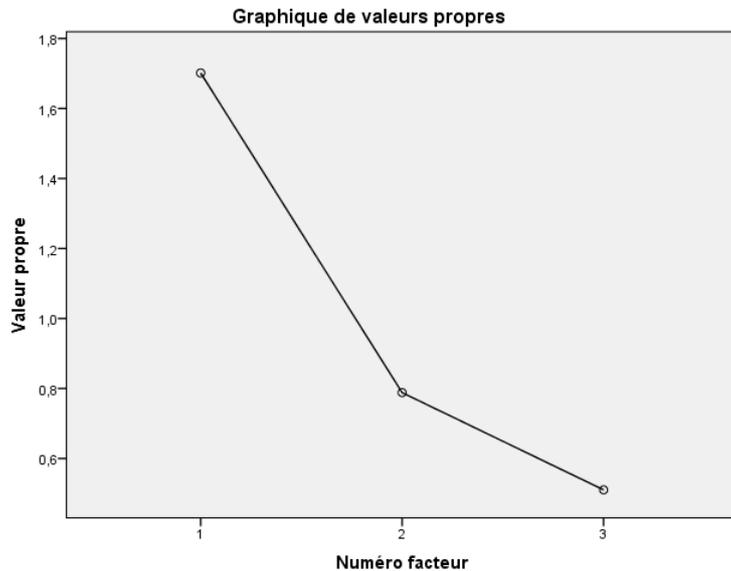
Graphique n° 13 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – Coping social



11- Coping centré sur l'émotion (CopEmo)

L'analyse factorielle fait apparaître une dimension unique et justifie la création d'un score moyen de CopEmo.

Graphique n° 14 : Test 2 de fiabilité du questionnaire – coping centré sur l'émotion



2. 7. Données annexes au questionnaire de recherche

Ces annexes ont été élaborées en comité de statistiques et remplis par le personnel du service de Nutrition Clinique. Nous avons élaboré deux annexes :

- une annexe pour le questionnaire administré à T1 répondant à une recherche de connaissance du patient sur le plan signalétique, médical, thérapeutique, comportemental et environnemental.
- Une annexe au questionnaire administré à T2, répondant à une recherche de l'évolution de ces paramètres au cours des 6 mois écoulés entre T1 et T2.

2. 7. 1. Annexe au questionnaire à T1

2. 7. 1. 1. *Texte introductif à l'intention des personnels devant fournir les données :*

« Cette annexe de questionnaire est élaborée dans le cadre de la recherche doctorale en sciences sociales, dont le thème général est : approche corporelle et obésité, d'Isabelle Bertrand. Cette recherche se déroule dans le cadre du service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Fd, et plus spécifiquement sur la pratique des infirmières cliniciennes du service.

Cette annexe de questionnaire est à destination des infirmières cliniciennes et de la personne référente du service pour les patients non suivis en infirmière clinicienne. Il vise à alléger le questionnaire à destination des patients et à recueillir des données utiles à ma recherche, données signalétiques, données de contexte, de prise en charge.

Ce document fait partie intégrante de la recherche, les données sont des données de recherche, soumises aux règles de confidentialité et d'anonymat indispensable à la recherche doctorale. Une fois rempli, nous vous demandons de remettre cette annexe avec le questionnaire-patient, et de le déposer dans la boîte prévue à cet effet dans la salle de soins. Recevez mes remerciements par avance. »

- **Les informations à fournir dans l'annexe du questionnaire sont :**

Identifiant codé de la personne :

Date de l'enquête / T1 :

Données signalétiques

Homme femme

Age :

Poids :

IMC :

Histoire pondérale

Depuis quand ce patient souffre d'obésité ?

L'origine de l'obésité est-elle déterminée : oui non

Si oui, s'agit-il d'une obésité :

- familiale
- suite à une grossesse
- suite à une dépression
- suite à un traumatisme de l'enfance
- autre :

Prise en charge du patient :

- Médicale depuis au rythme de
- En diététique depuis au rythme de
- En psychologie depuis au rythme de
- En infirmière clinicienne depuis au rythme de

Projet chirurgical en cours : oui non

Bilan médico-psychologique

Complications médicales liées à l'obésité : oui non

Si oui, laquelle :

Antécédents :

- Médicaux :
- Psychiatrique :
- Familiaux :
- Chirurgicaux :

Autres observations

- Trouble de l'image du corps : oui non
- Trouble du rapport au corps : oui non
- Perturbation de l'estime de soi : oui non

- Trouble de l'adaptation au stress : oui non
- Aptitude à s'astreindre à un suivi : oui non
- Qualité de vie : mauvaise moyenne bonne
- Observance thérapeutique : mauvaise moyenne bonne
- Comportement alimentaire : compulsions vomissements autre remarque :

Contexte de vie

Situation familiale : vit seul(e) , vit en couple , autre :

Addictions :

- Tabac Alcool Autres :

Situation professionnelle :

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant et chefs d'entreprise
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Retraité
- Etudiant
- Chômeur
- Autre :

Loisirs : oui non

Si oui, activités physiques ; activités artistiques ; activités culturelles

Arrêt maladie actuel : oui non

Si oui, depuis combien de temps :

2. 7. 1. 2. Codage de l'annexe au questionnaire à T1

Certains éléments de l'annexe 1 ont été recodés par catégories. Le trop fort nombre de variables et le faible nombre de participants rendaient l'analyse non significative et comportaient un risque d'erreur non acceptable. Le recodage s'est effectué comme suit :

- Cause apparition : manque de variable et ne sera donc pas analysé
- Durée suivi médical : recodage : 0 -> 0 ; 1 -> entre 1 et 9 ; 2 -> 10 et +
- Rythme suivi médical : recodage 0->0 ; 1 -> entre 1 et 2 ; 2 -> entre 2 et 3 ; 3-> 3 ; 4 -> 4 et +
- Durée suivi diététique : recodage : 0 -> 0 ; 1 -> entre 1 et 9 ; 2 -> 10 et +
- Rythme suivi diététique : recodage 0->0 ; 1 -> entre 1 et 2 ; 2 -> entre 2 et 3 ; 3-> 3 ; 4 -> 4 et +
- Durée suivi psychologique : recodage : 0 -> 0 ; 1 -> entre 1 et 9 ; 2 -> 10 et + ; puis nous recodifions en oui : 2 et non : 1
- Rythme suivi psychologique : recodage 0->0 ; 1 -> entre 1 et 2 ; 2 -> entre 2 et 3 ; 3-> 3 et +
- Durée suivi infirmier : recodage : 0 -> 0 ; 1 -> entre 1 et 9 ; 2 -> 10 et +
- Rythme suivi infirmier : recodage 0->0 ; 1 -> entre 1 et 2 ; 2 -> entre 2 et 3 ; 3-> 3 ; 4 -> 4 et +
- Situation familiale : recodage seul et autre
- Situation professionnelle : recodage : actif et non actif

2. 7. 2. Annexe au questionnaire à T2

2. 7. 2. 1. *Texte introductif à l'intention des personnels devant fournir les données :*

« Cette annexe de questionnaire T2 est élaboré dans le cadre de la recherche doctorale en sciences sociales, dont le thème général est : approche corporelle et obésité, d'Isabelle Bertrand. Cette recherche se déroule dans le cadre du service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Fd, et plus spécifiquement sur la pratique des infirmières cliniciennes du service.

Cette annexe de questionnaire est à destination des infirmières cliniciennes et de la personne référente du service pour les patients non suivis en infirmière clinicienne. Il vise à alléger le questionnaire à destination des patients et à recueillir des données utiles à ma recherche, données signalétiques, données de contexte, de prise en charge.

Ce document fait partie intégrante de la recherche, les données sont des données de recherche, soumises aux règles de confidentialité et d'anonymat indispensable à la recherche doctorale. Une fois rempli, nous vous demandons de remettre cette annexe avec le questionnaire-patient, et de le déposer dans la boîte prévue à cet effet dans la salle de soins.

Attention ! cet annexe est dédié au T2 de l'enquête, il ne comporte pas tous les éléments demandés en T1 et demande plus de précision pour certaines questions.

Recevez mes remerciements par avance. »

• **Les informations à fournir dans l'annexe du questionnaire sont :**

Identifiant codé de la personne :

Date de l'enquête / T2 :

Données signalétiques

Homme femme

Age :

Poids : en date du :

IMC : en date du :

Prise en charge du patient :

- Médicale depuis au rythme de
- En diététique depuis au rythme de
- En psychologie depuis au rythme de
- En infirmière clinicienne depuis au rythme de

Projet chirurgical en cours : oui non

Bilan médico-psychologique

Complications médicales liées à l'obésité en date du: oui non

Si oui, laquelle :

Contexte de vie

Situation familiale en date du : vit seul(e) , vit en couple , autre :

Addictions en date du :

- Tabac Alcool Autres :

Situation professionnelle en date du :

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant et chefs d'entreprise
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Retraité

- Etudiant
- Chômeur
- Autre :

Loisirs en date du oui non

Si oui, activités physiques ; activités artistiques ; activités culturelles

Arrêt maladie actuel : oui non

Si oui, depuis combien de temps :

2. 7. 2. 1. Codage de l'annexe en T2

Nous utilisons le même codage que pour l'annexe en T1.

2. 8. Administration du questionnaire et collecte des données

L'administration du questionnaire se fait après consentement des patients (signature d'un formulaire de consentement, voir Annexe n° 1-1). Elle inclut une présentation écrite introductive de la recherche est faite par écrit auprès des patients et, pour ceux qui souhaitent participer, ils signent un formulaire de consentement afin de pouvoir participer à l'étude. Cette étude a été soumise puis autorisée par la commission d'éthique du CHU de Clermont-Fd. (Annexes n° 1-2 ; 1-3 ; 1-4) et le comité d'éthique de l'Université Fernando Pessoa (Annexe n° 1-5) et bénéficie de conventions de stage renouvelée chaque année (Annexe n° 2-1).

Chapitre III : Analyse et interprétation des données

1. Analyse quantitative des données qualitatives

Nous réalisons, dans un premier temps, à partir du test du Khi deux χ^2 , nous établissons un profil des patients selon les groupes. Ce test nous permet d'évaluer si deux variables qualitatives sont significativement associées. Par ce test, « *on cherche à vérifier si l'association des deux variables est suffisamment forte pour que l'hypothèse de leur indépendance puisse être rejetée.* » (Carricano et al., 2010, p. 40). Nous aurons ainsi accès aux co-variées utiles à étudier.

Dans un second temps, des tests de corrélation de Pearson, afin d'améliorer notre connaissance des corrélations des différents items de la relation à soi chez les patients obèses. Nous comparerons, ensuite, de manière descriptive, ces corrélations avec les mêmes tests chez un public tout venant selon les résultats de l'article de I. Bertrand, D. Bois, H. Font, M. Hiriart-Durruty, (à paraître).

Dans un troisième temps, nous analyserons les données à partir du modèle de régression : « Les modèles de régression ont pour objectif d'expliquer la variation d'un phénomène mesurable par celle d'une ou de plusieurs autres variables. » (Carricano et al., 2010, p.153). Nous réalisons un test des relations avec modèle de régression mixte (temps en intra-sujet et covariées en inter-sujets) et contrastes orthogonaux polynomiaux. La construction du modèle terminal prend la forme suivante :

- inclusion des co-variées significatives
- inclusion des co-variées non significatives mais modifiant la conclusion du test concernant la variable groupe
- covariées non significatives et sans modification de l'effet du groupe sont ôtées pour éviter le contrainte de parcimonie

Dans un quatrième temps, nous développons les résultats de l'analyse statistique.

2. Analyse qualitative des données textuelles : questions ouvertes n° 58 et 59 du questionnaire

2. 1. Organisation du recueil de données textuelles

Les trois groupes ont répondu à la proposition (n°58) : « le suivi dans le service de NC m'apporte : ». Il est important de nommer ici que les patients des groupes 1 et 2 sont en suivi en approches à médiation corporelle quand ils répondent à cette question.

Les groupe 1 et 2 ont répondu à la proposition (N°59) : « je suis suivi(e) par une infirmière clinicienne, cela m'apporte : », cette proposition ne s'adresse qu'aux patients des groupes 1 et 2 qui bénéficient d'un suivi en approches corporelles éducatives réalisées par une infirmière clinicienne.

2. 2. Méthode d'analyse des données qualitatives

Les deux questions ouvertes ont donné lieu à un matériau de recherche, peu conséquent, le plus souvent les données se résument de quelques mots à deux phrases. Cependant, chaque donnée personnelle emporte des données qui constituent des indices éclairants pour comprendre les différents enjeux de la prise en charge à médiation corporelle.

2. 3. Construction d'une grille classificatoire des données qualitatives

A la première lecture sans à priori, ouvert à l'émergence d'une catégorisation capable de classer les données et de les accueillir, nous avons élaboré un tableau catégoriel. Nous avons relevé six catégories émergentes, à savoir le rapport au corps, l'appréciation du suivi et de l'accompagnement, le coping et les ressources motivationnelles, l'estime de soi, les états psychiques et émotionnels et le rapport à la nourriture et à la qualité de vie.

En procédant ainsi, nous sommes en mesure d'approfondir de façon plus qualitative, les réponses qui ont été données dans les questionnaires. Nous avons longuement hésité à conserver les données de la catégorie « appréciation du suivi et de l'accompagnement » pour l'analyse des données, nous avons fait le choix de la conserver afin de ne pas omettre de paramètres pouvant influencer l'évolution de la relation à soi du patient obèse, dans son suivi.

La catégorie « rapport au corps » accueille les données qui sont en lien avec la perception corporelle, l'image du corps, la satisfaction corporelle et la découverte éventuelle d'un nouveau rapport au corps.

La catégorie « appréciation du suivi et de l'accompagnement » accueille les données qui sont en lien avec les conseils, le soutien psychologique et la qualité relationnelle entre le soignant et le soigné.

La catégorie « coping et ressources motivationnelles » accueille les données qui sont en lien avec le coping centré sur le problème, le coping centré sur l'émotion.

La catégorie « estime de soi » accueille les données en lien avec la confiance en soi, la connaissance de soi, le recentrage sur soi, la perception d'autrui.

La catégorie « états psychiques et émotionnels » accueille les données qui abordent la détente, le mieux-être.

La catégorie « rapport à la nourriture » accueille les données de conseils diététiques, de modification du comportement alimentaire.

2. 4. Analyse d'inspiration phénoménologique, groupe par groupe en T1 et T2

Une fois le matériau constitué de témoignages individuels selon le codage des patients et sur la base de l'analyse classificatoire, nous avons procédé à des recoupements transversaux de données, pour chaque groupe. Cette dynamique transversale offre de nouveaux compréhensifs grâce à la loi du nombre. Rappelons ici que le groupe 1 est constitué de 28 patients, le groupe 2 est de 29 patients et le groupe 3 est de 18 patients, l'ensemble constituant 75 patients.

Les données seront présentées sous la forme d'une mise en forme textuelle qui restera au plus près des données tout en les dépassant grâce à ce jeu de sous-catégorisation et à ses mises en relief par la loi du nombre.

Dans cette perspective, nous procéderons à six temps d'analyse :

- une analyse transversale des données correspondant à la question n°58 pour le groupe 1 à T1, T2 puis en comparant T1/T2
- une analyse transversale des données correspondant à la question n°58 pour le groupe 2 à T1, T2 puis en comparant T1/T2
- une analyse transversale des données correspondant à la question n°58 pour le groupe 3 à T1, T2 puis en comparant T1/T2
- une analyse transversale des données correspondant à la question n°59 pour le groupe 1 en T1, T2 et en comparant T1/T2
- une analyse transversale des données correspondant à la question n°59 pour le groupe 2 en T1, T2 et en comparant T1/T2

3. Discussion et conclusion des résultats de l'analyse mixte et des données d'enquête sur la pratique d'infirmière clinicienne

Cette discussion autour des résultats de l'analyse mixte, complétée par une discussion autour de la pertinence du questionnaire auto-administré, nous permettra de préciser, de consolider et de mieux pénétrer les différents résultats obtenus dans l'analyse quantitative et dans l'analyse qualitative.

TROISIEME PARTIE

ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

Chapitre I : Analyse statistique des données quantitatives

Cette analyse se présente en quatre temps. Le premier temps nous permet d'établir le profil de patients inclus dans l'étude. Le second temps nous permet d'accéder aux corrélations existantes entre les différents indicateurs de la relation à soi, choisis pour cette recherche. Le troisième temps nous donne accès aux effets des séances en lien avec les différents indicateurs, effets du groupe, effet du temps notamment. Le quatrième temps présente résultats de la recherche issus de l'analyse quantitative³¹.

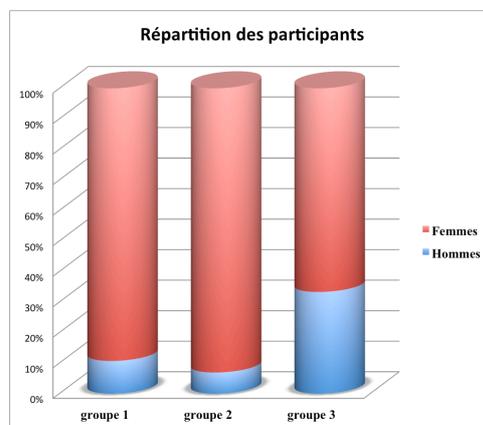
1. Profils des patients inclus dans l'étude à T1

Nous avons créé un profil de patients à T1 de l'étude à partir du document annexé au questionnaire, à partir du χ^2 : test d'association significative d'indépendance et du test de Fisher : comparaison des moyennes, afin de donner plus de significativité à notre analyse statistique. En effet, les données issues de l'annexe du questionnaire concernant les informations des patients nous permettent d'accéder à un profil signalétique, médical, thérapeutique, comportemental et environnemental des patients des trois groupes étudiés.

Nous observons :

- Qu'il existe une répartition différente des hommes et des femmes selon le groupe considéré ($\chi^2(2) = 6,76$; $p=0,03$), les hommes sont sur-représentés dans le groupe 3 (33,3%) par rapport aux groupe 1 (10,7%) et groupe 2 (6,9%).

Graphique n° 15 : Répartition des participants à l'étude en fonction du genre



³¹ Tous les détails de l'analyse statistique sont dans les annexes n° 3-2.

- Qu'il y a une homogénéité dans les 3 groupes en terme
 - d'âge moyen : 45 ans et 7 mois, allant de 20 à 67 ans,
 - de poids moyen : 113kg allant de 80 à 176 kg,
 - d'IMC moyen : 42,15 IMC, allant de 32 à 57,5,
 - de début d'obésité en nombre d'années : 27 ans +/-2,
 - de projet chirurgical : 8% n'ont pas de projet chirurgical,
 - de complications médicales : 77% des patients ont des complications médicales,
 - de durée et rythme de suivi médical : en moyenne les personnes ont eu 1,8 séances de suivi médical au moment de T1, ce au rythme de 0,8 séance par mois,
 - de durée et rythme de suivi en diététique : en moyenne les personnes ont eu 5,8 séances de suivi diététique au moment de T1, ce au rythme de 2,5 séances par mois,
 - de troubles de l'estime de soi : 75% des patients ont des troubles de l'estime de soi,
 - de situation familiale : ($\chi^2 (2) = 17,9$; pns)
 - d'addiction au tabac : ($\chi^2 (2) = 0,23$; pns)
 - d'arrêt de maladie : ($\chi^2 (2) = 3,26$; pns)
- Qu'il existe une répartition inégale de la connaissance de l'apparition de l'obésité entre les groupes. Les patients du groupe 1 ignorent les conditions d'apparition de leur obésité (57%) en comparaison avec les patients du groupe 2 (10%) et du groupe 3 (28%).
- Qu'il existe une différence de suivi psychologique dans le service entre les patients des trois groupes. La durée de suivi varie ($\chi^2 (2) = 6,10$; $p = 0,04$), les patients du groupe 2 ayant une durée de suivi significativement plus importante que les patients du groupe 1 et du groupe 3. Le rythme du suivi est lui aussi significativement plus important ($\chi^2 (2) = 6,10$; $p = 0,04$) pour les patients du groupe 2 que pour les patients des groupes 1 et 3. Pour l'analyse suivante, les 2 variables « durée du suivi psychologique » et « rythme du suivi psychologique » seront confondues et nous garderons la référence de la variable « durée du suivi » pour éviter tout problème de multi-colinéarité.
- Qu'aucun patient du groupe 3 ne bénéficie de suivi infirmier, ce qui respecte les critères d'inclusion de la thèse, à savoir que le groupe 3 est considéré comme un groupe dit de « contrôle » et ne bénéficie pas d'approches corporelles éducatives. Nous notons aussi que le groupe 2 a plus de suivi infirmier que le groupe 1 au T1.
- Qu'il existe une différence dans l'existence de troubles de l'image corporelle selon les groupes ($\chi^2 (2) = 13,10$; $p = 0,001$). Les patients du groupe 1 ont tous un trouble de l'image du corps (100%), les patients du groupe 2 ont majoritairement un trouble de

l'image du corps (83%) et les patients du groupe 3 ont en moyenne moins de troubles d'image du corps (58 %).

- Qu'il existe une répartition différente des patients concernant l'addiction à l'alcool, les patients du groupe 1 n'en présentent pas.
- Qu'il existe une répartition différente des patients concernant les loisirs, les patients du groupe 1 en ont le moins.

Conclusions issues de la réalisation du profil des patients :

Les variables *sexe, apparition connue, durée / rythme de suivi psychologique, durée / rythme de suivi infirmier, troubles de l'image du corps, addiction à l'alcool et loisirs* apparaissent significativement liées aux groupes d'intervention. Elles sont considérées comme des covariées à tester dans l'analyse statistique.

Les variables *durée / rythme de suivi infirmier* ne seront pas considérées par la suite puisqu'il s'agit d'une variable redondante avec l'appartenance aux groupes.

La variable *addiction à l'alcool* ne sera pas, elle non plus, considérée car complètement liée à l'appartenance aux groupes (G1 ne présente aucune problématique alcoolique). Ce résultat troublant devra cependant faire l'objet d'entretiens supplémentaires.

De même, la variable *apparition connue* nous apparaît inadaptée à considérer comme covariée puisque son renseignement par l'équipe peut dépendre de facteurs trop variés tels que le bon remplissage des dossiers.

2. Résultats statistiques de l'analyse par corrélations

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats des tests de corrélation de Pearson. Ces tests nous permettent d'améliorer notre connaissance des différents troubles de la relation au corps et à soi des patients obèses et les liens qu'ils peuvent avoir entre eux.

Le premier test montre les corrélations entre les différentes mesures pour les trois groupes considérés ensemble, il répond à la question : quels sont les liens existants entre les différents items étudiés de la relation à soi, chez le patient obèse ? Les corrélations existantes seront mises en perspectives avec celles observées chez des personnes tout venant (Bertrand et al., 2015, CERAP).

Le second test présente les corrélations existantes entre l'évolution des deux scores (à T1 et à T2), ce qui répond à la question : est ce que certains scores évoluent ensemble ?

2. 1. Corrélations existantes des scores pour les trois groupes indépendamment du temps :

L'analyse statistique des corrélations existantes entre les différents indicateurs de la relation à soi de la personne obèse nous permet de mettre en évidence la manière dont les différents indicateurs s'associent entre eux, indépendamment du groupe.

Nous présentons cette partie en détaillant les résultats pour chaque indicateur :

- les indicateurs corrélés,
- les coefficients de corrélation ($r =$) et l'intervalle de confiance ($p =$)
- la signification des résultats en fonction de la formulation des questions.

2. 1. 1. Qualité de vie liée à la gêne physique (QVGP)

Le score de (QVGP) est corrélé avec les scores :

- (RVCorps_autrui), (ISC), (ImaC) et (CopEmo) en positif;
- (PercCorp), (QVLD) en négatif.

Il apparaît un lien significatif et positif entre la qualité de vie liée à la gêne physique et la représentation visuelle de son propre corps ($r = 0,395$; $p = 0,000$), la représentation visuelle de son corps tel que perçu pour autrui ($r = 0,389$; $p = 0,001$), la satisfaction corporelle ($r = 0,402$; $p = 0,000$), l'image du corps ($r = 0,514$; $p = 0,000$) et le coping centré sur l'émotion ($r = 0,298$; $p = 0,009$). Il existe aussi une corrélation négative entre la qualité de vie liée à la gêne physique, la perception corporelle ($r = -0,390$; $p = 0,001$) et la qualité de vie liée aux loisirs ($r = -0,348$; $p = 0,002$).

Plus le score de qualité de vie liée à la gêne physique est élevé plus ceux de la représentation visuelle de son corps et de son corps tel que perçu par autrui, de la satisfaction corporelle et de l'image du corps sont élevés. Cela signifie que *plus la gêne physique est importante, plus la représentation visuelle du corps est majorée vers la représentation la plus grosse, la satisfaction corporelle est moindre et il existe des troubles de l'image du corps.*

Plus le score de qualité de vie liée à la gêne physique est élevé plus celui de coping centré sur l'émotion est élevé, ce qui signifie que *plus la gêne physique est importante plus la personne a tendance à utiliser des stratégies centrées sur l'émotion pour gérer son stress ou son anxiété.*

Plus le score de qualité de vie liée à la gêne physique est élevé plus ceux de perception corporelle et de qualité de vie liée aux loisirs sont bas. Ce qui signifie que *l'importance de la gêne physique diminue la capacité à avoir des loisirs et une perception de son corps positive.*

2. 1. 2. Estime de soi (EstS)

Le score de (EstS) est corrélé avec les scores :

- (PercCorps), (CopPb) et (CopSoc) en positif ;
- (HygAl), (ISC), (ImaC) et (CAI) en négatif

Il apparaît un lien entre l'estime de soi, la perception corporelle ($r = 0,556$; $p = 0,000$), et le coping centré sur le problème ($r = 0,462$; $p = 0,000$) et le coping social ($r = 0,305$; $p = 0,008$). Un lien existe de manière inversée entre l'estime de soi et les conseils de santé et d'hygiène alimentaire ($r = -0,461$; $p = 0,000$), la satisfaction corporelle ($r = -0,424$; $p = 0,000$), l'image du corps ($r = -0,474$; $p = 0,000$) et le comportement alimentaire ($r = -0,392$; $p = 0,001$).

Plus le score d'estime de soi est élevé plus ceux de coping centré sur le problème et coping social sont élevés. Ce qui signifie que *plus la personne a une estime de soi élevée, plus elle utilise des stratégies d'adaptation au stress centré sur le problème et ainsi ses capacités de réflexion et le lien social.*

Plus le score d'estime de soi est élevé, plus ceux de conseils de santé et d'hygiène alimentaire, de satisfaction corporelle, d'image du corps et de comportement alimentaire sont bas. Ce qui signifie *plus la personne a une estime de soi élevée, plus elle respecte les conseils de santé et d'hygiène alimentaire et régule son comportement alimentaire ; plus elle a une satisfaction corporelle et une image du corps positive.*

2. 1. 3. Perception corporelle (PercCorp)

Le score de (PercCorp) est corrélé avec les scores de (QVGP) et d'(EstS) comme nous l'avons décrit ci-dessus, auquel s'ajoutent les scores :

- (QVLD) en positif
- (RVCorps_soi) (HygAl) (ISC) (ImaC) (CAI) (Cop Emo) en négatif

Il apparaît un lien entre la perception corporelle et la qualité de vie liée aux loisirs ($r = 0,568$; $p = 0,000$). Il existe un lien inversé entre la perception corporelle et la représentation visuelle de son corps ($r = -0,303$; $p = 0,008$), les conseils de santé et d'hygiène alimentaire ($r = -0,675$; $p = 0,000$), la satisfaction corporelle ($r = -0,828$; $p = 0,000$), l'image du corps ($r = -0,780$; $p = 0,000$), le comportement alimentaire ($r = -0,682$; $p = 0,000$) et le coping centré sur l'émotion ($r = -0,568$; $p = 0,000$).

Plus le score de perception corporelle est élevé, plus le score de qualité de vie liée aux loisirs est élevé, ce qui signifie que *plus la personne a une perception corporelle positive plus elle a des loisirs.*

Plus le score de perception corporelle est élevé, plus ceux de représentation visuelle de son corps, de satisfaction corporelle, l'image du corps, sont bas. Ce qui signifie que *plus la personne a une perception corporelle positive, plus elle a une représentation corporelle et une satisfaction corporelle positive et de manière corrélée, elle ne souffre pas de troubles de l'image corporelle.*

Plus le score de perception corporelle est élevé, plus ceux de conseils de santé et d'hygiène alimentaire et de comportement alimentaire sont bas. Ce qui signifie que *plus la personne a une perception corporelle positive, plus elle respecte les conseils de santé et d'hygiène alimentaire et elle régule son comportement alimentaire.*

Plus le score de perception corporelle est élevé, plus celui de coping centré sur l'émotion est bas. Ce qui signifie que *plus la personne a une perception corporelle positive, moins elle utilise les stratégies d'adaptation au stress centrées sur l'émotion.*

2. 1. 4. Représentation visuelle du corps perçu (RVCorps_Soi)

Le score de (RVCorps_Soi) est corrélé avec les scores de (QVGP) et (PercCorp) comme nous l'avons décrit ci-dessus, auquel s'ajoutent les scores :

- (RVCorps_Ideal), (RVCorps_autrui), (RVCorps_SoiIdeal), (ISC), (ImaC), (CAI) en positif

Il apparaît un lien entre la représentation visuelle de son propre corps et la représentation visuelle du corps idéal ($r = 0,470$; $p = 0,000$), la représentation visuelle de son corps tel que perçu par autrui ($r = 0,818$; $p = 0,000$), l'écart existant entre les représentations du propre corps et du corps idéal ($r = 0,741$; $p = 0,000$), la satisfaction corporelle ($r = 0,321$; $p = 0,005$), l'image du corps ($r = 0,429$; $p = 0,000$) et le comportement alimentaire ($r = 0,344$; $p = 0,003$).

Plus le score de représentation visuelle de son propre corps est élevé, plus ceux de représentation visuelle du corps idéal, de représentation visuelle de son corps tel que perçu par autrui, de l'écart existant entre les représentations du propre corps et du corps idéal, de satisfaction corporelle, d'image du corps sont élevés. Ce qui signifie que *les personnes ayant une représentation visuelle de leur corps allant vers la représentation la plus grosse, ont la même tendance représentationnelle pour le corps idéal et le corps tel que perçu par autrui.* Toutes les représentations sont majorées à la hausse. Pour ces personnes, l'écart entre leur corps perçu et le corps idéal est aussi majoré, elles rêvent d'être beaucoup plus minces qu'elles ne le sont. *Les personnes ayant une représentation visuelle de leur corps allant vers*

la représentation la plus grosse ont une insatisfaction corporelle et des troubles de l'image du corps.

Plus le score de représentation visuelle de son propre corps est élevé, plus celui de comportement alimentaire est élevé, ce qui signifie que *les personnes ayant une représentation visuelle de leur corps allant vers la représentation la plus grosse ont du mal à réguler leur comportement alimentaire.*

2. 1. 5. Représentation visuelle du corps idéal (RVCorps_Ideal)

Le score de (RVCorps_Ideal) est corrélé avec le score de (RVCorps_Soi) comme nous l'avons décrit ci-dessus, auquel s'ajoutent les scores :

- (RVCorps_autrui) en positif

Il apparaît un lien entre la représentation visuelle du corps idéal et la représentation visuelle du corps tel que perçu par autrui ($r = 0,409$; $p = 0,000$).

Plus le score de représentation visuelle du corps idéal est élevé, plus celui la représentation visuelle du corps tel que perçu par autrui est élevé. Ce qui signifie que *plus la personne se représente "grosse", plus elle perçoit que les autres la voient "grosse"*.

2. 1. 6. Représentation visuelle du corps tel que perçu par autrui (RVCorps_Autrui)

Le score de (RVCorps_Autrui) est corrélé avec les scores de (QVGP), (RVCorps_Soi), (RVCorps_Ideal) comme nous l'avons décrit ci-dessus, auquel s'ajoutent les scores :

- (RVCorps_Soi-Ideal) (ISC) et (ImaC) en positif
- (RVCorps_SoiAutrui) en négatif

Il apparaît un lien entre la représentation visuelle du corps tel que perçu par autrui et l'écart entre les représentations visuelles du corps perçu et du corps idéal ($r = 0,587$; $p = 0,000$), la satisfaction corporelle ($r = 0,298$; $p = 0,009$) et l'image du corps ($r = 0,352$; $p = 0,002$) ; et un lien inversé avec l'écart entre la représentation visuelle de son propre corps et de son corps tel que perçu par autrui ($r = -0,486$; $p = 0,000$).

Plus le score de représentation visuelle du corps tel que perçu par autrui est élevé, plus ceux de l'écart entre les représentations du corps perçu et du corps idéal, de la satisfaction corporelle et de l'image du corps sont élevés. Ce qui signifie que *les personnes ayant une représentation visuelle de leur corps tel que perçu par autrui allant vers la représentation la plus grosse ont un écart entre leur représentation de leur corps perçu et de leur corps idéal*

qui est majoré.

Plus le score de représentation visuelle du corps tel que perçu par autrui est élevé, plus l'écart entre la représentation visuelle de leur corps et du corps tel que perçu par autrui est bas. Ce qui signifie que *les personnes ayant une représentation visuelle de leur corps tel que perçu par autrui allant vers la représentation la plus grosse ont un écart entre la représentation visuelle de son propre corps et de son corps tel que perçu par autrui très faible.*

Ces personnes rêvent d'être beaucoup plus minces qu'elles ne le sont, elles ont une insatisfaction corporelle et des troubles de l'image du corps. Leur tendance à majorer la représentation visuelle du corps se retrouve de manière équivalente entre "comment elles se voient" et "comment les autres les voient".

2. 1. 7. Ecart entre les représentations visuelles du corps perçu et tel que perçu par autrui (RVCorps_SoiAutrui)

Le score de (RVCorps_SoiAutrui) est corrélé avec le score de (RVCorps_Autrui) comme nous l'avons décrit ci-dessus.

2. 1. 8. Ecart entre les représentations visuelles du corps perçu et du corps idéal (RVCorps_SoiIdeal)

Le score de (RVCorps_SoiIdeal) est corrélé avec les scores de (RVCorps_Soi), (RVCorps_Autrui) comme nous l'avons décrit ci-dessus, auquel s'ajoutent les scores :

- (ISC), (ImaC), (CAI), (CopEmo) en positif

Il apparaît un lien entre l'écart entre les représentations visuelles du propre corps et du corps idéal et la satisfaction corporelle ($r = 0,374$; $p = 0,001$), l'image du corps ($r = 0,413$; $p = 0,000$), le comportement alimentaire ($r = 0,362$; $p = 0,001$) et le coping centré sur l'émotion ($r = 0,348$; $p = 0,002$).

Plus le score d'écart entre les représentations visuelles du propre corps et du corps idéal est élevé, plus ceux de satisfaction corporelle, de l'image du corps, du comportement alimentaire et du coping centré sur l'émotion sont élevés. Ce qui signifie que, *plus la personne rêve d'un corps mince plus elle a une insatisfaction corporelle, un trouble de l'image du corps, une absence de régulation de son comportement alimentaire.* Ceci est corrélé avec une *prédominance de stratégies d'adaptation au stress centré sur l'émotion.*

2. 1. 9. Conseils de santé et d'hygiène alimentaire (HygAl)

Le score de (HygAl) est corrélé avec les scores de (EstS) et (PercCorp) comme nous l'avons décrit ci-dessus, auquel s'ajoutent les scores :

- (ISC) (ImaC) (CAI) (CopEmo) en positif
- (QVLD) (QVF) en négatif

Il apparaît un lien entre les conseils de santé et d'hygiène alimentaire et la satisfaction corporelle ($r = 0,594$; $p = 0,000$), l'image du corps ($r = 0,539$, $p = 0,000$), le comportement alimentaire ($r = 0,742$; $p = 0,000$), le coping émotionnel ($r = 0,514$; $p = 0,000$) et, inversement lié, à la qualité de vie liée aux loisirs ($r = -0,341$, $p = 0,003$), et la qualité de vie liée à la famille ($r = -0,323$; $p = 0,005$).

Plus le score de respect des conseils de santé et d'hygiène alimentaire est élevé, plus ceux de satisfaction corporelle, d'image du corps, de comportement alimentaire et de coping émotionnel sont élevés. Ce qui signifie que *les personnes ne respectant pas les conseils de santé et d'hygiène alimentaire, ont une insatisfaction corporelle, des troubles de l'image du corps, une absence de régulation du comportement alimentaire et utilisent préférentiellement les stratégies d'adaptation au stress centré sur l'émotion.*

Plus le score de respect des conseils de santé et d'hygiène alimentaire est élevé, plus ceux de qualité de vie liée aux loisirs et de qualité de vie liée à la famille est bas. Ce qui signifie que *les personnes ne respectant pas les conseils de santé et d'hygiène alimentaire ont peu de loisirs et peu de rapports familiaux.*

2. 1. 10. Satisfaction corporelle (ISC)

Le score de (ISC) est corrélé avec les scores de (QVGP), (RVCorps_Soi), (RVCorps_Autru), (RVCorps_SoiIdeal), (HygAl), (EstS) et (PercCorp) comme nous l'avons décrit ci-dessus, auquel s'ajoutent les scores :

- (ImaCs) (CAI) (CopEmo) en positif
- (QVLD) en négatif

Il apparaît un lien entre la satisfaction corporelle et l'image du corps ($r = 0,797$; $p = 0,000$), le comportement alimentaire ($r = 0,585$; $p = 0,000$), et le coping centré sur l'émotion ($r = 0,620$; $p = 0,000$) et inversement lié à la qualité de vie liée aux loisirs ($r = -0,395$; $p = 0,000$). Plus le score de satisfaction corporelle est élevé, plus ceux d'image du corps, de comportement alimentaire et de coping centré sur le problème sont élevés. Ce qui signifie que *les personnes souffrant d'insatisfaction corporelle souffrent aussi de troubles de l'image du*

corps, d'absence de régulation du comportement alimentaire et privilégient les stratégies d'adaptation au stress centré sur l'émotion.

Plus le score de satisfaction corporelle est élevé, plus celui de qualité de vie liée aux loisirs est bas, ce qui signifie que *les personnes souffrant d'insatisfaction corporelle ont peu de loisirs.*

2. 1. 11. Image du corps (ImaC)

Le score de (ImaC) est corrélé avec les scores de (QVGP), (RVCorps_Soi), (RVCorps_Autruï), (RVCorps_SoiIdeal), (HygAl), (ISC), (EstS) et (PercCorp) comme nous l'avons décrit ci-dessus, auquel s'ajoutent les scores :

- (CAI) (CopEmo) en positif
- (QVLD) en négatif

Il apparaît un lien entre l'image du corps et le comportement alimentaire ($r = 0,584$; $p = 0,000$), et le coping centré sur l'émotion ($r = 0,529$; $p = 0,000$) ; et inversement lié à la qualité de vie liée aux loisirs ($r = -0,459$; $p = 0,000$).

Plus le score d'image du corps est élevé, plus ceux de comportement alimentaire et de coping centré sur l'émotion sont élevés, ce qui signifie que *les personnes ayant un trouble de l'image du corps ont un trouble de la régulation du comportement alimentaire et privilégient les stratégies d'adaptation au stress centré sur l'émotion.*

Plus le score d'image du corps est élevé, plus celui de qualité de vie liée aux loisirs est bas, ce qui signifie que *les personnes ayant un trouble de l'image du corps ont peu de loisirs.*

2. 1. 12. Comportement alimentaire (CAI)

Le score de (CAI) est corrélé avec les scores de (RVCorps_Soi), (RVCorps_SoiIdeal), (HygAl), (ISC), (ImaC), (EstS) et (PercCorp) comme nous l'avons décrit ci-dessus, auquel s'ajoutent les scores :

- (CopEmo) en positif
- (QVLD) (QVF) en négatif

Il apparaît un lien entre le comportement alimentaire et le coping centré sur l'émotion ($r = 0,595$; $p = 0,000$) et inversement lié la qualité de vie liée aux loisirs ($r = -0,332$; $p = 0,004$) et la qualité de vie liée à la famille ($r = -0,299$; $p = 0,009$).

Plus le score de comportement alimentaire est élevé, plus celui de coping centré sur l'émotion est élevé, ce qui signifie que *les personnes qui souffrent d'un trouble de la régulation du comportement alimentaire ont préférentiellement des stratégies d'adaptation au stress centré*

sur l'émotion.

Plus le score comportement alimentaire est élevé, plus ceux de qualité de vie liée aux loisirs et de qualité de vie liée à la famille sont bas. Ce qui signifie que *les personnes qui souffrent d'un trouble de la régulation du comportement alimentaire ont peu de loisirs et peu de rapports familiaux.*

2. 1. 13. Qualité de vie liée aux loisirs (QVLD)

Le score de (QVLD) est corrélé avec les scores de (PercCorp), (QVGP), (HygAl), (ISC), (ImaC) et (CAI) comme nous l'avons décrit ci-dessus, auquel s'ajoutent les scores :

- (CopSoc) en positif
- (CopEmo) en négatif

Il apparaît un lien entre la qualité de vie liée aux loisirs et le coping social ($r = 0,396$; $p = 0,005$). Ce score est inversement lié au coping centré sur l'émotion ($r = -0,323$; $p = 0,000$).

Plus le score de qualité de vie liée aux loisirs est élevé, plus le score de coping social est élevé, et celui de coping centré sur l'émotion est bas. Ce qui signifie que *les personnes ayant peu de loisirs ont préférentiellement des stratégies d'adaptation au stress centré sur l'émotion et peu de stratégies d'adaptation au stress centré sur le problème.*

2. 1. 14. Qualité de vie liée à la famille (QVF)

Le score de (QVF) est corrélé avec les scores (HygAl) et (CAI) comme nous l'avons vu précédemment.

2. 1. 15. Coping centré sur le problème (CopPb)

Le score de (CopPb) est corrélé avec le score (EstS) comme nous l'avons vu précédemment.

2. 1. 16. Coping social (CopSoc)

Le score de (CopSoc) est corrélé avec les scores (EstS) et (QVLD) comme nous l'avons vu précédemment.

2. 1. 17. Coping centré sur l'émotion (CopEmo)

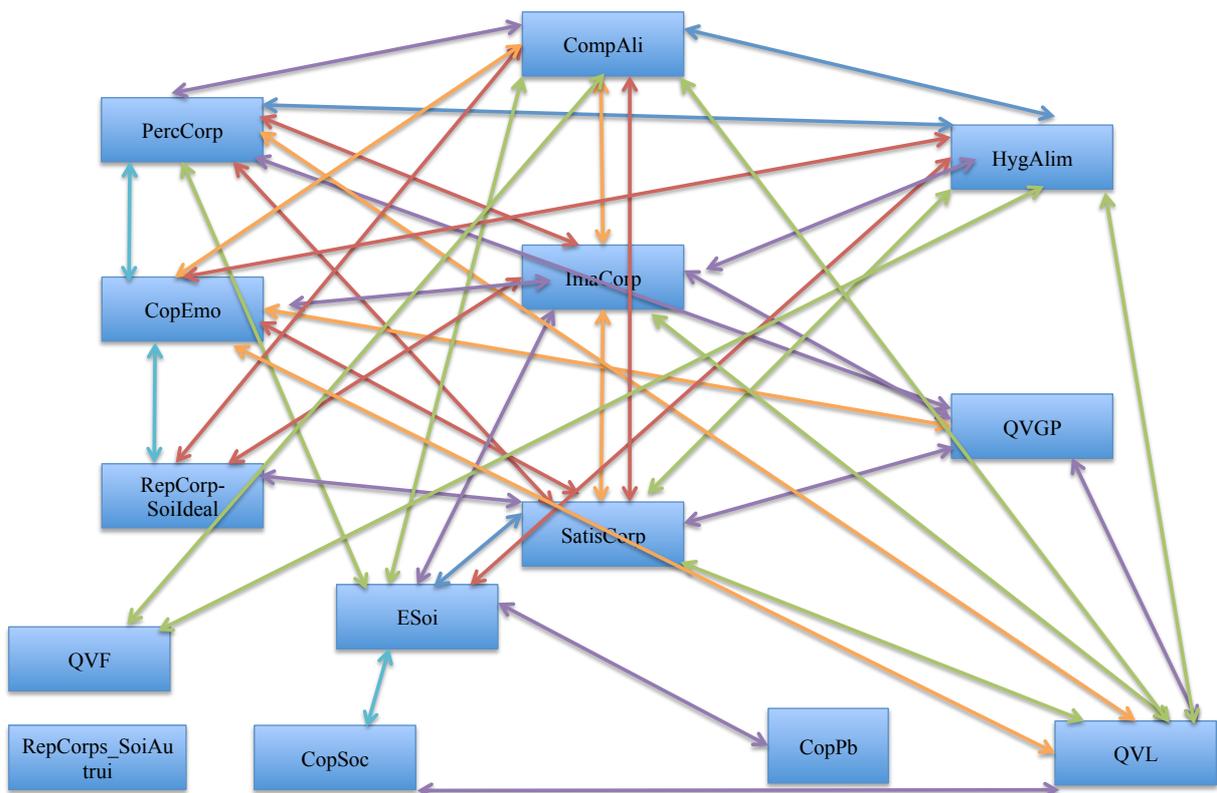
Le score de (CopEmo) est corrélé avec les scores (QVGP), (RVCorps_SoiIdeal), (HygAl), (ISC), (ImaC), (CAI), (PercCorp) et (QVLD) comme nous l'avons vu précédemment.

2. 1. 18. Synthèse des corrélations pour les patients obèses

Le diagramme de corrélations suivant illustre le grand nombre de corrélations existant entre les différents indicateurs de la relation à soi chez les patients obèses.

Les indicateurs les plus interdépendants étant le comportement alimentaire, l'image du corps, la satisfaction corporelle, le respect des conseils de santé et d'hygiène alimentaire, la perception corporelle, le coping émotionnel et la qualité de vie liée aux loisirs. Ce qui signifie que les personnes obèses souffrant de troubles de l'image du corps, d'insatisfaction corporelle, de troubles de la perception corporelle ont aussi des troubles du comportement alimentaire, un faible respect des conseils de santé et d'hygiène alimentaire et utilisent préférentiellement des stratégies d'adaptation au stress centré sur l'émotion. Ceci nous conforte dans le projet de traiter conjointement ces différents indicateurs de la relation à soi afin d'avoir une action thérapeutique systémique.

Diagramme n° 1 : Diagramme de corrélations - Patients obèses

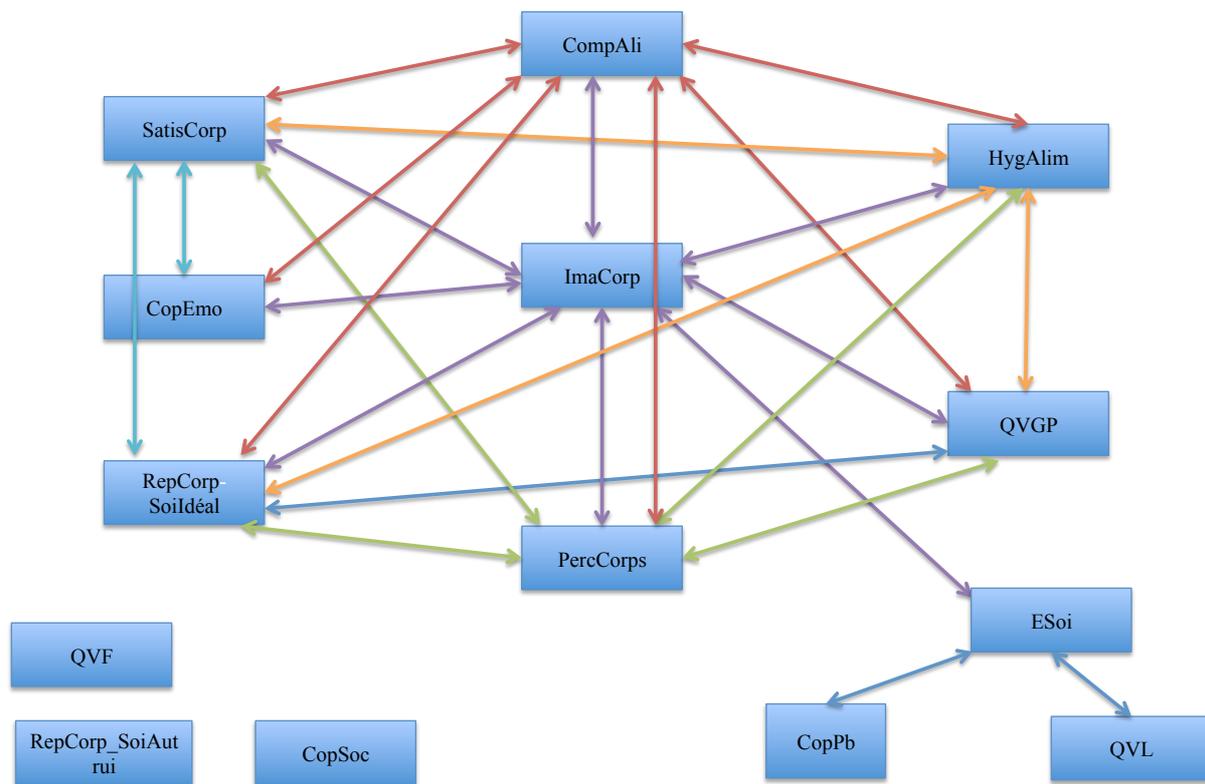


2. 1. 19. Comparaison des corrélations existantes entre les indicateurs de la relation à soi pour les patients obèses et pour un public tout venant

Nous comparons les corrélations réalisées avec un public tout venant à partir de l'article de « Questionnaire de recherche sur la relation à soi de la personne obèse – méthodologie de construction du questionnaire et tests statistiques » réalisé lors de l'enquête de faisabilité de cette thèse (Bertrand et al. 2015, à paraître). Nous ne pouvons pas comparer les corrélations avec les représentations du corps tel qu'il est perçu, du corps idéal et du corps tel que perçu par les autres, ces tests n'ont pas été effectués pour le public tout venant. Cette comparaison a pour objectif d'identifier les particularités du public de patients obèses dans la thématique de la relation à soi.

Le diagramme de corrélations suivant illustre les corrélations existantes entre les différents indicateurs de la relation à soi chez des personnes tout venant.

Diagramme n° 2 : Diagramme de corrélations - Personnes tout-venant



La première comparaison est visuelle, nous observons que les corrélations sont beaucoup plus nombreuses chez les patients obèses que pour un public tout venant.

Pour les patients obèses de notre étude, les scores les plus corrélés sont les scores d'image du

corps, de satisfaction corporelle et de comportement alimentaire. Nous retrouvons trois items identiques aux patients tout venant (Bertrand et al. 2015, à paraître). Il apparaît cependant une légère augmentation du nombre de corrélations pour ces scores chez les patients obèses. Pour l'image corporelle, nous trouvons huit corrélations chez personnes tout venant et neuf chez les patients obèses ; pour la satisfaction corporelle, nous trouvons six corrélations chez personnes tout venant et neuf chez les patients obèses ; pour le comportement alimentaire, nous trouvons sept corrélations chez personnes tout venant et neuf chez les patients obèses.

Puis, nous trouvons à huit corrélations pour les scores de perception corporelle, de conseils de santé et d'hygiène alimentaire, de qualité de vie liée aux loisirs et de coping centré sur l'émotion. Par contraste, nous ne retrouvons pas des scores aussi élevés chez les personnes tout venant, notamment pour la qualité de vie liée aux loisirs (de 1 à 8) et le coping centré sur l'émotion (de 3 à 8).

De nombreux facteurs influencent la qualité de vie liée aux loisirs et le coping centré sur l'émotion chez les patients obèses :

Nous trouvons des liens pour la qualité de vie liée aux loisirs avec le coping social et le coping centré sur l'émotion, la perception corporelle, la qualité de vie liée à la gêne physique, les conseils de santé et d'hygiène alimentaire, la satisfaction corporelle, l'image du corps et le comportement alimentaire. Alors que cette forme de qualité de vie est influencée uniquement par l'estime de soi chez les personnes tout venant. Nous notons ici *l'importance de proposer des prises en charge sur ces différents indicateurs de manière conjointe, rapport au corps, gêne physique et rapport à l'alimentation notamment, afin de faciliter la qualité de vie liée aux loisirs des personnes obèses.*

De la même manière pour le coping centré sur l'émotion, nous trouvons des liens avec la satisfaction corporelle, l'image corporelle, la perception corporelle, le comportement alimentaire, la qualité de vie liée à la gêne physique, l'écart entre les représentations du corps tel que perçu et du corps idéal, les conseils de santé et d'hygiène alimentaire et la qualité de vie liée aux loisirs. Alors que ce coping centré sur l'émotion est uniquement lié à la satisfaction corporelle, l'image corporelle et le comportement alimentaire chez les personnes tout venant. Nous notons ici *la place du coping centré sur l'émotion chez les patients obèses, notamment dans le rapport au corps, à la gêne physique et à l'alimentation.*

Nous notons aussi un fort contraste de corrélations pour l'item de l'estime de soi. En effet, nous relevons quatre corrélations chez les personnes tout venant et sept chez les patients obèses. Nous trouvons les indicateurs de perception corporelle, satisfaction corporelle, image du corps,, conseils de santé et d'hygiène alimentaire et de comportement alimentaire et de

coping centré sur le problème et coping social liés à l'estime de soi chez les patients obèses. Nous notons à nouveau *l'importance de proposer des prises en charge conjointes s'adressant au rapport au corps et au rapport à l'alimentation pour les patients obèses.*

2. 2. Corrélations existantes entre l'évolution des scores pour les 3 groupes (comparaison T1 et T2)

L'analyse statistique des corrélations existantes entre l'évolution des scores des indicateurs de la relation à soi de la personne obèse entre T1 et T2 nous permet de mettre en évidence la manière dont l'évolution des scores des différents indicateurs s'associent entre eux, indépendamment du groupe.

Nous présentons cette partie en détaillant les résultats pour chaque indicateur :

- les indicateurs corrélés,
- les coefficients de corrélation ($r =$) et l'intervalle de confiance ($p =$)
- la signification des résultats en fonction de la formulation des questions.

2. 2. 1. Qualité de vie liée à la gêne physique (QVGP)

L'évolution du score de (QVGP) est corrélée avec l'évolution des scores :

- (RVCorps_Soi), (RVCorps_Autruï), (RVCorps_SoiIdeal), (ISC), (CAI), (CopEmo) en positif,
- (PercCorp) en négatif

L'évolution du score de qualité de vie liée à la gêne physique est corrélée avec l'évolution des scores des représentations visuelles du propre corps ($r = 0,335$; $p = 0,004$), et tel qu'il est perçu par autrui ($r = 0,421$; $p = 0,000$), de l'écart entre les représentations du corps tel qu'il est perçu et du corps idéal ($r = 0,298$; $p = 0,010$), de la satisfaction corporelle ($r = 0,363$; $p = 0,002$), du comportement alimentaire ($r = 0,305$; $p = 0,009$) et du coping émotionnel ($r = 0,307$; $p = 0,008$). Cette évolution est inversement corrélée à l'évolution du score de perception corporelle ($r = -0,417$; $p = 0,000$).

Plus le score de qualité de vie liée à la gêne physique évolue de manière croissante plus les scores des représentations visuelles du propre corps, du corps tel qu'il est perçu par autrui, de satisfaction corporelle, de comportement alimentaire et de coping émotionnel évolue de manière croissante. Ce qui signifie que *les personnes qui ont une amélioration de leur qualité*

de vie liée à la gêne physique ont une évolution conjointe de leurs représentations visuelles du corps et du corps tel que perçu par autrui, de l'écart entre les représentations du corps tel qu'il est perçu et du corps idéal, de leur satisfaction corporelle et de la régulation de leur comportement alimentaire. Ces personnes utilisent moins les stratégies de coping centrées sur l'émotion.

Plus le score de qualité de vie liée à la gêne physique évolue de manière croissante, plus le score de perception corporelle évolue de manière décroissante, ce qui signifie que *les personnes ayant une amélioration de la qualité de vie liée à la gêne physique ont conjointement une amélioration de leur perception corporelle.*

2. 2. 2. Estime de soi (EstS)

L'évolution du score de (EstS) est corrélée avec l'évolution du score :

- (QVLD) (0,354) en positif,

L'évolution du score d'estime de soi est en lien avec l'évolution du score de qualité de vie liée aux loisirs ($r = 0,354$; $p = 0,002$).

Plus le score d'estime de soi évolue de manière croissante, plus le score de qualité de vie liée aux loisirs évolue de manière croissante. Ce qui signifie que *l'amélioration de l'estime de soi contribue à l'amélioration de la pratique des loisirs.*

2. 2. 3. Perception corporelle (PercCorp)

L'évolution du score de (PercCorp) est corrélée avec l'évolution du score (QVGP) comme nous l'avons décrit ci dessus auquel s'ajoutent les scores :

- (QVLD) en positif,
- (RVCorps_Soi), (RVCorps_Autrui), (HygAl), (ISC), (ImaC), (CopEmo) en négatif.

L'évolution du score de perception corporelle est en lien avec l'évolution du score de qualité de vie liée aux loisirs ($r = 0,417$; $p = 0,000$). Elle est en lien inversé avec l'évolution des scores des représentations visuelles du propre corps ($r = -0,302$; $p = 0,008$) et du corps tel qu'il est perçu par autrui ($r = -0,333$; $p = 0,004$), des conseils de santé et d'hygiène alimentaire ($r = -0,358$; $p = 0,002$), de la satisfaction corporelle ($r = -0,423$; $p = 0,000$), de l'image du corps ($r = -0,399$; $p = 0,000$) et du coping émotionnel ($r = -0,363$; $p = 0,002$).

Plus le score de perception corporelle évolue de manière croissante, plus le score de qualité de vie liée aux loisirs évolue de manière croissante. Ce qui signifie que *les personnes améliorant*

leur perception corporelle, améliorent aussi leur rapport aux loisirs.

Plus le score de perception corporelle évolue de manière croissante, plus ceux de représentations visuelles du propre corps, du corps tel qu'il est perçu par autrui, des conseils de santé et d'hygiène alimentaire, de satisfaction corporelle, l'image du corps et coping émotionnel évolue de manière décroissante. Ce qui signifie que *les personnes améliorant leur perception corporelle ont tendance à diminuer leurs scores des représentations visuelles, de "comment elles se voient" et "comment les autres les voient", ce qui est positif. Elles respectent mieux les conseils de santé et d'hygiène alimentaire, ont une satisfaction corporelle qui augmente, une baisse des troubles de l'image du corps. Ces personnes utilisent moins les stratégies d'adaptation au stress centré sur l'émotion.*

2. 2. 4. Représentation visuelle du corps perçu (RVCorps_Soi)

L'évolution du score de (RVCorps_Soi) est corrélée avec l'évolution des scores (QVGP), (PercCorp) comme nous l'avons décrit ci dessus auquel s'ajoutent les scores :

- (RVCorps_Ideal), (RVCorps_Autrui), (RVCorps_SoiAutrui), (RVCorps_SoiIdeal), (ISC) et (CAI) en positif,

L'évolution du score de représentation visuelle de son propre corps est en lien avec l'évolution des scores de représentation visuelle du corps idéal ($r = 0,346$; $p = 0,002$), de représentation du corps tel qu'il est perçu par autrui ($r = 0,568$; $p = 0,000$), de l'écart entre les représentations du corps tel qu'il est perçu et tel qu'il est perçu par autrui ($r = 0,315$; $p = 0,006$), de l'écart entre les représentations du corps tel qu'il est perçu et du corps idéal ($r = 0,605$; $p = 0,000$), de la satisfaction corporelle ($r = 0,355$; $p = 0,002$), le comportement alimentaire ($r = 0,426$; $p = 0,000$).

Plus le score de représentation visuelle de son propre corps évolue de manière croissante, plus ceux de représentation visuelle du corps idéal, de satisfaction corporelle et de comportement alimentaire évolue de manière croissante. Ce qui signifie que *les personnes augmentant leur score de représentation visuelle de leur propre corps, donc se voient plus "grosses" qu'avant, augmentent aussi la représentation de leur corps idéal et de leur corps tel que perçu par autrui. Ainsi elles se voient plus "grosses" et perçoivent que les autres les voient plus "grosses" mais ont moins d'exigences par rapport à la représentation du corps idéal. Les personnes qui évoluent en "se voyant plus grosses" ont une baisse de leur satisfaction corporelle et une baisse de la régulation de leur comportement alimentaire.*

Plus l'évolution du score de représentation visuelle de son propre corps évolue de manière

croissante plus l'écart entre les représentations de son propre corps et tel qu'il est perçu par autrui, l'écart entre les représentations de son propre corps et du corps idéal évolue de manière croissante. Ce qui signifie que *les différentes natures de représentations visuelles n'évoluent pas dans les mêmes proportions. Pour les personnes obèses, il semble que la représentation visuelle de son propre corps évolue plus rapidement que les deux autres natures de représentation visuelles.*

2. 2. 5. Représentation visuelle du corps idéal (RVCorps_Ideal)

L'évolution du score de (RVCorps_Ideal) est corrélée avec l'évolution du score (RVCorps_Soi) comme nous l'avons décrit ci-dessus auquel s'ajoute le score de :

- (RVCorps_SoiIdeal) en négatif

L'évolution du score de représentation visuelle du corps idéal est en lien avec l'écart entre les représentations de son propre corps et du corps idéal ($r = -0,538$; $p = 0,000$).

Plus la représentation visuelle du corps idéal évolue de manière croissante, plus l'écart entre les représentations de son propre corps et du corps idéal diminue. Ce qui signifie que *les personnes ayant une évolution positive de la représentation visuelle du corps idéal (croissance de la réponse) ont un rapprochement des représentations de leur propre corps avec leur corps idéal.*

2. 2. 6. Représentation visuelle du corps tel que perçu par autrui (RVCorpss_Autrui)

L'évolution du score de (RVCorps_Autrui) est corrélée avec l'évolution des scores (QVGP), (RVCorps_Soi) et (PercCorp) comme nous l'avons décrit ci dessus, auxquels s'ajoutent les scores de :

- (ISC) et (ImaC) en positif,
- (RVCorps_SoiAutrui) en négatif

L'évolution du score de représentation visuelle du corps tel qu'il est perçu par autrui est en lien avec l'évolution des scores de satisfaction corporelle ($r = 0,475$; $p = 0,000$) et d'image du corps ($r = 0,351$; $p = 0,002$). Cette évolution est inversement liée à l'évolution du score de l'écart entre les représentations du corps tel qu'il est perçu et du corps idéal ($r = -0,603$; $p = 0,000$).

Plus la représentation visuelle du corps tel qu'il est perçu par autrui évolue de manière croissante, plus les scores de satisfaction corporelle et d'image du corps évoluent de manière

croissante. Ce qui signifie quand *la personne se représente que les autres la voient plus "grosse" cela augmente son insatisfaction corporelle et ses troubles de l'image du corps.*

Plus la représentation visuelle du corps tel qu'il est perçu par autrui évolue de manière croissante, plus l'écart entre les représentations visuelles de son propre corps et du corps idéal diminue. Ce qui signifie que *les personnes obèses dont le rapport au regard d'autrui évolue positivement, ont une représentation visuelle du corps idéal plus proche de la représentation de leur propre corps.*

2. 2. 7. Ecart entre les représentations visuelles du corps perçu et tel que perçu par autrui (RVCorps_SoiAutrui)

L'évolution du score de (RVCorps_SoiAutrui) est corrélée avec l'évolution des scores (RVCorps_Soi) et (RVCorps_Autrui) comme nous l'avons décrit ci-dessus.

2. 2. 8. Ecart entre les représentations visuelles du corps perçu et du corps idéal (RVCorps_SoiIdeal)

L'évolution du score de (RVCorps_SoiIdeal) est corrélée avec l'évolution des scores (QVGP), (RVCorps_Soi) et (RVCorps_Ideal) comme nous l'avons décrit ci-dessus, auxquels s'ajoute le score :

- (ISC) en positif,

L'évolution du score de l'écart entre les représentations visuelles de son propre corps et du corps idéal est lié au score de satisfaction corporelle ($r = 0,316$; $p = 0,006$).

Plus le score d'écart entre les représentations visuelles de son propre corps et du corps idéal augmente dans le temps, plus le score de satisfaction corporelle augmente. Ce qui signifie que *plus la personne a un écart entre son corps et son corps rêvé, plus elle est en insatisfaction corporelle.*

2. 2. 9. Conseils de santé et d'hygiène alimentaire (HygAl)

L'évolution du score de (HygAl) est corrélée avec l'évolution du score (PercCorp) comme nous l'avons décrit ci-dessus, auquel s'ajoutent les scores :

- (CAI) (CopEmo) en positif,
- (QVLD) en négatif

L'évolution du score des conseils de santé et d'hygiène alimentaire est en lien avec l'évolution des scores de comportement alimentaire ($r = 0,539$; $p = 0,000$), de coping

émotionnel ($r = 0,374$; $p = 0,001$). Elle est inversement liée à l'évolution du score de qualité de vie liée à la famille ($r = -0,404$; $p = 0,000$).

Plus le score de conseils de santé et d'hygiène alimentaire augmente, plus les scores de comportement alimentaire et coping émotionnel augmentent. Ce qui signifie que *plus les personnes respectent les conseils de santé et d'hygiène alimentaire, plus elles régulent leur comportement alimentaire et moins elles utilisent les stratégies d'adaptation au stress centrées sur l'émotion.*

Plus le score de conseils de santé et d'hygiène alimentaire augmente, plus le score de qualité de vie liée à la famille diminue, ce qui signifie que *plus les personnes respectent les conseils de santé et d'hygiène alimentaire, plus elles augmentent leur qualité de vie liée à la famille.*

2. 2. 10. Satisfaction corporelle (ISC)

L'évolution du score de (ISC) est corrélée avec l'évolution des scores (QVGP), (RVCorps_Soi), (RVCorps_Autruï), (RVCorps_SoiIdeal) et (PercCorp) comme nous l'avons décrit ci dessus, auquel s'ajoutent les scores :

- (ImaC) en positif,
- (CopSoc) en négatif

L'évolution du score de satisfaction corporelle est en lien avec l'évolution du score de l'image du corps ($r = 0,541$; $p = 0,000$). Cette évolution est inversement liée à l'évolution du score de coping social ($r = -0,376$; $p = 0,001$).

Plus le score de satisfaction corporelle évolue positivement, plus le score d'image du corps évolue positivement, ce qui signifie que *les personnes améliorant leur satisfaction corporelle améliorent dans le même temps leur image corporelle.*

Plus le score de satisfaction corporelle évolue positivement, plus le score de coping centré sur le problème évolue négativement, ce qui signifie que *les personnes améliorant leur satisfaction corporelle utilisent préférentiellement les stratégies sociales d'adaptation au stress.*

2. 2. 11. Image du corps (ImaC)

L'évolution du score de (ImaC) est corrélée avec l'évolution des scores (RVCorps_Autruï), (PercCorp) et (ISC) comme nous l'avons décrit précédemment.

2. 2. 12. Comportement alimentaire (CAI)

L'évolution du score de (CAI) est corrélée avec l'évolution des scores (QVGP), (RVCorps_Soi), (RVCorps_Autru) et (HygAl), auxquels s'ajoute le score de :

- (QVLD) en négatif

L'évolution du score de comportement alimentaire est inversement liée à l'évolution du score de qualité de vie liée aux loisirs ($r = -0,336$; $p = 0,003$).

Plus le score de comportement alimentaire augmente, plus le score de qualité de vie liée aux loisirs diminue, ce qui signifie que *les personnes améliorant leur régulation du comportement alimentaire améliorent dans le même temps leur qualité de vie liée aux loisirs, ils ont plus de loisirs.*

2. 2. 13. Qualité de vie liée aux loisirs (QVLD)

L'évolution du score de (QVLD) est corrélée avec l'évolution des scores (EstS), (PercCorp), (HygAl) et (CAI) comme nous l'avons décrit précédemment.

2. 2. 14. Qualité de vie liée à la famille (QVF)

L'évolution du score de (QVF) n'est pas corrélée avec d'autres scores.

2. 2. 15 Coping centré sur le problème (CopPb)

L'évolution du score de (CopPb) n'est pas corrélée avec d'autres scores.

2. 2. 16. Coping social (CopSoc)

L'évolution du score de (CopSoc) est corrélée avec l'évolution du score (ISC) comme nous l'avons décrit précédemment.

2. 2. 17. Coping centré sur l'émotion (CopEmo)

L'évolution du score de (CopEmo) est corrélée avec l'évolution des scores (QVGP), (HygAl) et (RVCorps_Soi) comme nous l'avons décrit précédemment.

2. 2. 18. Synthèse des corrélations existantes entre l'évolution des scores pour les 3 groupes (comparaison T1 et T2)

Le diagramme de corrélation suivant illustre la manière dont les scores évoluent conjointement entre T1 et T2.

3. Résultats statistiques de l'analyse par régression

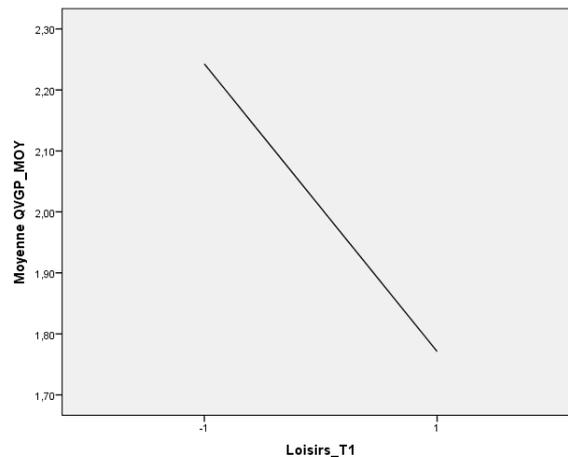
NB : Il est important de rappeler au lecteur qu'il existe une différence entre le score obtenu par l'analyse et l'interprétation de ce score. En effet, un score augmenté peut correspondre à une interprétation négative ou positive, l'interprétation étant liée à la formulation des questions, elle est dépendante de la formulation positive ou négative de la proposition.

3. 1. Qualité de vie liée à la gêne physique (QVGP)

Selon l'analyse par régression avec covariée pertinente, il n'existe *aucun effet du groupe* sur ce score ($t = -7.25$; ns et $t = .931$; ns, respectivement pour les deux contrastes), *aucune évolution dans le temps* ($t = -696$; ns) et *aucune interaction ou évolution différentielle liée au groupe* ($t = 1.387$; ns et $t = .898$; ns, respectivement pour les deux contrastes).

Il apparaît un effet du score de QVLD sur le score moyen de QVGP (moyenne sur les 2 temps de mesure, $t = -2.028$; $p = .046$). Etant donné la formulation des questions, la qualité de vie liée à la gêne physique influence la qualité de vie liée aux loisirs. *Plus la gêne physique est importante, moins la personne s'accorde des temps de loisirs.*

Graphique n° 16 : Analyse par régression - Score de qualité de vie et gêne physique



3. 2. Estime de soi (EstS)

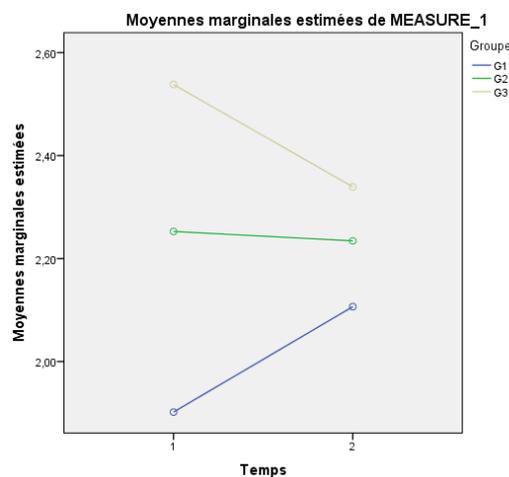
Selon l'analyse par régression avec covariée pertinente, il n'existe *aucun effet du groupe* ($t = .444$; ns et $t = 1.864$; ns, respectivement pour les deux contrastes), *aucune évolution dans le temps* sur ce score ($t = .469$; ns).

L'évolution entre T1 et T2 est différente selon le groupe, le score de l'EstS diminue plus dans le groupe 3 que dans les groupes 1 et 2 considérés ensemble ($t = -2.011$; $p = .048$). Le score

de l'EstS diminue davantage dans le groupe 3 que dans les groupes 1 et 2 considérés ensemble. Il semble que *les patients ayant un suivi en relation d'aide à médiation corporelle stabilisent davantage leur estime de soi par rapport aux patients du groupe 3 qui ont une diminution de leur estime de soi.*

Il apparaît que le score d'EstS est inversement lié au score du trouble de l'ImaC ($t = -2.850$; $p = .006$). Autrement, dit, la présence d'un trouble de l'image du corps diminue le score de l'estime de soi. Ce qui signifie, selon la formulation des questions, que *le trouble de l'image du corps diminue l'estime de soi chez les patients obèses.*

Graphique n° 17 : Analyse par régression - Score d'estime de soi



3. 3. Perception corporelle (PercCorp)

Selon l'analyse par régression avec covariée pertinentes, on observe un effet du groupe sur le score moyen de perception corporelle ($t = 1.990$; $p = .051$; contraste orthogonal : $t = 1.343$; ns) : le groupe 3 a un score moyen de perception corporelle qui tend à être supérieur à celui des groupes 1 et 2 considérés ensemble. Au vu de la formulation des questions, *cela signifie que la perception corporelle semble plus positive chez les patients du groupe 3.*

Il n'apparaît *pas d'évolution dans le temps* du score de perception corporelle (moyenne sur les 2 temps de mesure, $t = 1.087$; ns), *ni d'évolution différentielle* du score de perception corporelle *selon les groupes* ($t = -1.322$; ns et $t = -.427$ ns, respectivement pour les deux contrastes).

Il apparaît un effet du trouble d'image corporelle sur le score moyen de perception corporelle (moyenne sur les 2 temps de mesure, $t = -4.072$; $p = .000$) : les personnes ayant un trouble de l'image corporelle ont en moyenne un score de perception corporelle inférieur aux autres. Au

vu de la formulation des questions, cela signifie que *le trouble de l'image du corps diminue la perception corporelle*.

3. 4. Représentation visuelle du corps perçu (RVCorps_Soi)

Selon l'analyse par régression de RVCorps_Soi, on n'observe *aucun effet du groupe* sur le score RVCorps_Soi ($t = -.209$; ns et $t = -.822$; ns, respectivement pour les deux contrastes), *aucune évolution différentielle* du score RVCorps_Soi selon les groupes ($t = -.115$; ns et $t = .421$; ns, respectivement pour les deux contrastes).

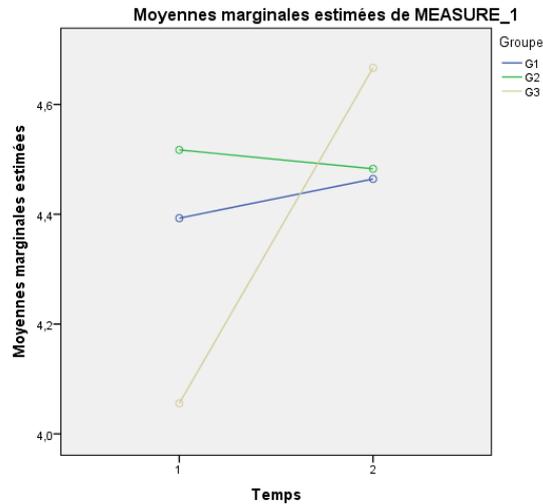
On observe une évolution dans le temps du score moyen d'auto-perception (moyenne sur les deux temps de mesure, $t = -2.308$; $p = .024$) allant vers une diminution du score d'auto-perception avec le temps. Selon la formulation de la question, *les personnes se perçoivent moins grosses en T2 qu'en T1, quel que soit le groupe*.

3. 5. Représentation visuelle du corps idéal (RVCorps_Ideal)

Selon l'analyse par régression de RVCorps_Ideal, on n'observe *aucun effet du groupe* sur le score moyen RVCorps_Ideal ($t = .333$; ns et $t = -.471$; ns, respectivement pour les deux contrastes).

Il apparaît une évolution dans le temps du score moyen de RVCorps_Ideal (moyenne sur les deux temps de mesure, $t = 2.419$, $p = .018$) sous la forme d'une augmentation du score d'idéal avec le temps. Selon la graduation des figurines, cela signifie que *les patients des 3 groupes ont un idéal moins svelte et ainsi sans doute plus proche d'une réalité accessible*.

Il apparaît une évolution différentielle du score moyen de RVCorps_Ideal selon les groupes ($t = 2.901$, $p = .005$, contraste orthogonal $t = -.529$; ns) sous la forme d'une augmentation plus importante dans le groupe 3 que dans les groupes 1 et 2 considérés ensemble. Ce qui signifie que *les patients du groupe 3 ont une représentation du corps idéal qui est moins svelte que les patients des autres groupes*.

Graphique n° 18 : Analyse par régression - Score de représentation visuelle du corps idéal

3. 6. Représentation visuelle du corps tel que perçu par autrui (RVCorps_Autrui)

Selon l'analyse par régression de RVCorps_Autrui, on n'observe *aucun effet du groupe* sur le score moyen RVCorps_Autrui ($t = -.998$; ns et $t = -.795$; ns, respectivement pour les deux contrastes), *aucune évolution différentielle* du score RVCorps_Autrui selon les groupes ($t = -.362$; ns et $t = -.029$; ns, respectivement pour les deux contrastes).

On observe une évolution dans le temps du score moyen de RVCorps_Autrui (moyenne sur les deux temps de mesure, $t = -1.894$; $p = .062$) sous la forme d'une diminution tendancielle du score RVCorps_Autrui avec le temps. Ce qui signifie que, *dans le temps, les patients des 3 groupes ont la perception que les autres personnes les voient moins gros qu'auparavant.*

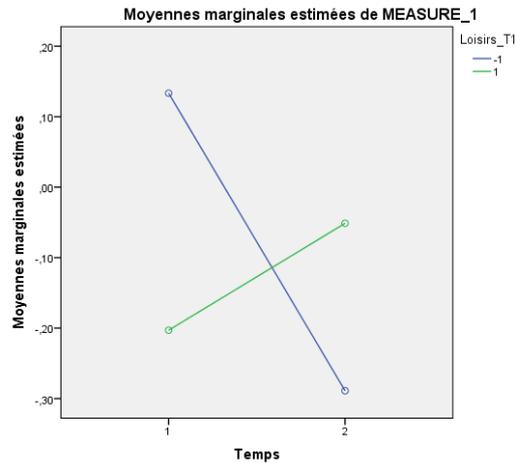
3. 7. Ecart entre les représentations visuelles du corps perçu et tel que perçu par autrui (RVCorps_SoiAutrui)

Selon l'analyse par régression de RVCorps_SoiAutrui, on n'observe *aucun effet du groupe* sur l'écart moyen de RVCorps_SoiAutrui ($t = 1.409$; ns et $t = .119$; ns, respectivement pour les deux contrastes) *aucune évolution dans le temps* de l'écart RVCorps_SoiAutrui ($t = -.040$; ns), *aucune évolution différentielle* de l'écart RVCorps_SoiAutrui selon les groupes ($t = .307$; ns et $t = .389$; ns, respectivement pour les deux contrastes).

Il apparaît une augmentation de l'écart RVCorps_SoiAutrui ($t = 1.991$; $p = .050$) plus importante pour les personnes ayant un loisir au temps 1. Cela signifie que les personnes ayant un loisir en T1 ont un score plus important en T2, concernant l'écart entre la représentation visuelle de leur propre corps par rapport à la représentation visuelle de leur

corps tel que perçu par autrui. *Les loisirs semblent influencer la représentation visuelle de la personne concernant son corps et la manière dont les autres le perçoivent.*

Graphique n° 19 : Analyse par régression - Score de l'écart entre les représentations visuelles du corps perçu et tel que perçu par autrui

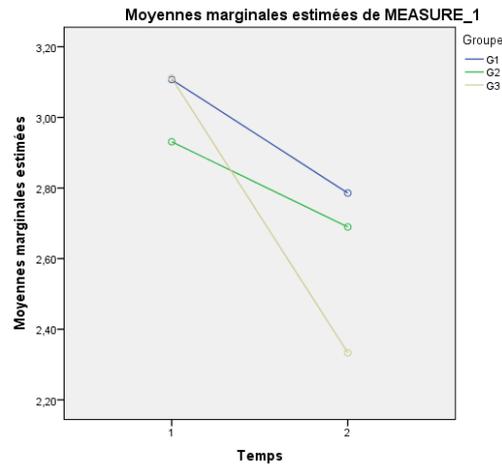


3. 8. Ecart entre les représentations visuelles du corps perçu et du corps idéal (RVCorps_SoiIdeal)

Selon l'analyse par régression de RVCorps_SoiIdeal, on n'observe *aucun effet du groupe* sur l'écart moyen entre RVCorps_SoiIdeal ($t = -0,483$; ns et $t = -0,543$; ns, respectivement pour les deux contrastes), *aucune évolution dans le temps* de l'écart entre RVCorps_SoiIdeal ($t = -4,123$; ns).

On note une évolution différentielle de l'écart entre RVCorps_SoiIdeal selon les groupes ($t = -2,002$; $p = 0,049$, contraste orthogonal : $t = 0,330$; ns), ainsi l'écart diminue davantage dans le groupe 3 que dans le groupe 1 et 2 considérés ensemble. Cela signifie que *les patients du groupe 3 ont un écart entre la représentation visuelle de leur corps par rapport au corps idéal moins marqué.*

Graphique n° 20 : Analyse par régression - Score de l'écart entre les représentations visuelles du corps perçu et du corps idéal



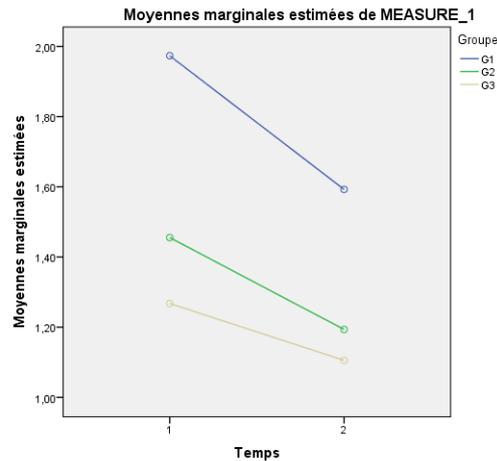
3. 9. Conseils de santé et d'hygiène alimentaire (HygAl)

Selon l'analyse par régression avec co-variées pertinentes de HygAl, il n'apparaît *aucun effet du groupe* sur le score moyen de HygAl ($t = -.441$; ns ; $t = -.885$; ns, respectivement pour les deux contrastes), *aucune évolution différentielle* du score de HygAl selon les groupes ($t = 1.830$; ns et $t = 1.346$; ns, respectivement pour les deux contrastes).

Il apparaît une évolution dans le temps du score moyen de HygAl (moyenne sur les deux temps de mesure, $t = -3.155$; $p = .002$) sous la forme d'une diminution du score d'hygiène alimentaire entre T1 et T2. Ce qui signifie que *les patients des 3 groupes ont un meilleur respect des conseils de santé et d'hygiène alimentaire en T2 qu'en T1*.

On observe un effet du trouble de l'image corporelle sur le score de HygAl ($t = 3.029$; $p = .003$) : les personnes ayant un trouble de l'image corporelle ont un score respect des conseils de santé et d'hygiène alimentaire aux autres. Etant donné la formulation des questions, cela signifie que *le trouble de l'image corporelle est lié à un suivi moindre des conseils de santé et d'hygiène alimentaire*.

Graphique n° 21 : Analyse par régression - Score de conseils de santé et d'hygiène alimentaire



3. 10. Satisfaction corporelle (ISC)

Selon l'analyse par régression avec covariées pertinentes, on observe un effet du groupe sur le score moyen de satisfaction corporelle ($t = -1.982$; $p = .052$; contraste orthogonal : $t = -.926$; ns) : le groupe 2 a un score moyen de satisfaction corporelle qui tend à être inférieur à celui du groupe 1. Au vu de la formulation des questions, cela signifie que *le groupe 2 a une plus grande satisfaction corporelle que le groupe 1*.

Il n'existe *pas d'évolution dans le temps* du score de satisfaction corporelle ($t = -1.951$; ns), ni d'évolution différentielle du score d'insatisfaction corporelle selon les groupes ($t = .834$; ns et $t = .742$; ns, respectivement pour les deux contrastes).

Il apparaît un effet du sexe sur le score moyen de satisfaction corporelle (moyenne sur les 2 temps de mesure, $t = 2.398$; $p = .019$) : les femmes ont en moyenne un score de satisfaction corporelle supérieur aux hommes, c'est à dire, au vu de la formulation des questions, *les femmes ont une insatisfaction corporelle plus élevée que les hommes*.

Il apparaît aussi un effet du trouble de l'image du corps sur le score moyen de satisfaction corporelle (moyenne sur les 2 temps de mesure, $t = 2.196$; $p = .031$) : *les personnes ayant un trouble de l'image du corps ont en moyenne un score de satisfaction corporelle supérieur aux autres, c'est à dire, au vu de la formulation des questions, une insatisfaction corporelle plus élevée*.

3. 11. Image du corps (ImaC)

Selon l'analyse par régression avec covariées pertinentes, on n'observe *aucun effet du groupe* sur le score moyen d'image corporelle ($t = -.390$; ns et $t = -1.551$; ns, respectivement pour les deux contrastes), *aucune évolution dans le temps* du score d'image corporelle (moyenne sur les 2 temps de mesure, $t = -1.682$; ns), *aucune évolution différentielle* du score d'image corporelle selon les groupes ($t = 1.083$; ns et $t = 1.274$; ns, respectivement pour les deux contrastes).

Il apparaît un effet du trouble d'image du corps sur le score moyen d'image corporelle : (moyenne sur les 2 temps de mesure, $t = 2.621$; $p = .011$) : les personnes ayant un trouble de l'image corporelle ont en moyenne un score d'image corporelle supérieur aux autres. Cela confirme que nous testons bien le trouble de l'image corporelle mais cela n'a pas d'effets pour nos résultats de recherche.

Il apparaît un effet du Loisirs au temps 1 sur le score moyen d'image corporelle (moyenne sur les 2 temps de mesure, $t = -2.029$; $p = .046$) : les personnes ayant un loisir au temps 1 ont en moyenne un score d'image corporelle inférieur aux autres. Au vu de la formulation des questions, cela signifie que *les patients ayant des loisirs ont moins de troubles de l'image corporelle que ceux qui n'en ont pas*.

3. 12. Comportement alimentaire (CAI)

Selon l'analyse par régression avec co-variées pertinentes, il existe un effet du groupe sur le score moyen de CAI (moyenne sur les 2 temps de mesure $t = -2.227$; $p = .029$; contraste orthogonal : $t = -.786$; ns) : $G3 < [G1 \text{ et } G2 \text{ considérés ensemble}]$. Ce qui signifie que *les patients du groupe 3 ont plus de troubles des comportements alimentaires que les groupes 1 et 2 considérés ensemble*.

Il n'existe *aucune évolution dans le temps* du score de CAI ($t = -1.192$; ns), aucune évolution différentielle du score de CAI selon les groupes ($t = .541$; ns et $t = 1.828$; ns, respectivement pour les deux contrastes).

Il apparaît un effet du trouble de l'image corporelle sur le score moyen de CAI (moyenne sur les deux temps de mesure, $t = 5.568$; $p = .012$) : les personnes ayant un trouble de l'image corporelle ont un score de comportement alimentaire supérieur aux autres. Au vu de la formulation des questions, il apparaît que *les patients ayant un trouble de l'image corporelle ont plus de troubles du comportement alimentaire*.

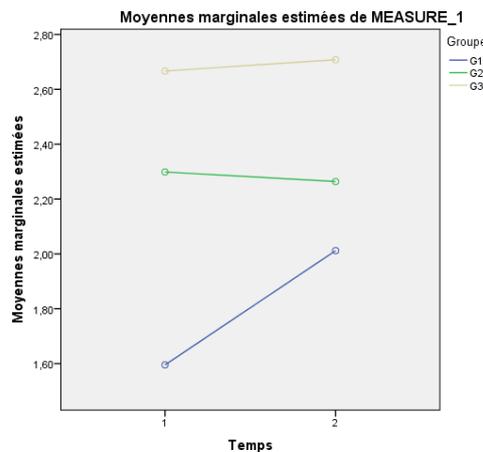
3. 13. Qualité de vie liée aux loisirs (QVLD)

Selon l'analyse par régression de QVLD, il existe un effet du groupe sur le score moyen de QVLD ($t = 4.311$; $p = .000$, contraste orthogonal : $t = 1.538$; ns) : le groupe 3 a un score moyen de QVLD qui tend à être supérieur à celui des groupes 1 et 2 considérés ensemble. Au vu de la formulation des questions, *les patients du groupe 3 ont une moins bonne qualité de vie liée aux loisirs que les patients du groupe 1 et 2 réunis.*

Il existe une évolution dans le temps du score de QVLD (moyenne sur les deux temps de mesure, $t = 2.186$; $p = .032$) allant vers l'augmentation. Selon la formulation des questions, cela signifie que globalement *la qualité de vie liée aux loisirs est améliorée pour tous les patients.*

Il apparaît une évolution différentielle du score de QVLD selon les groupes ($t = -2.564$; $p = .010$, contraste orthogonal $t = 1.255$; ns), le score du groupe G2 augmente moins que le score du groupe G1. *La qualité de vie liée aux loisirs est améliorée de manière supérieure pour les patients du G1 par rapport aux patients du G2.*

Graphique n° 22 : Analyse par régression - Score de qualité de vie liée aux loisirs



3. 14. Qualité de vie liée à la famille (QVF)

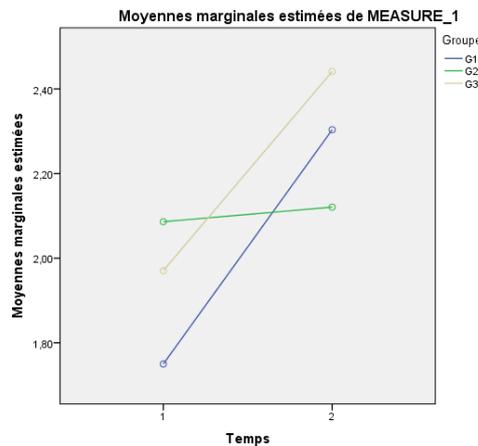
Selon l'analyse par régression, il n'apparaît *aucun changement* dans le temps pour les 3 groupes ($t = -.514$; ns) pour la qualité de vie liée à la famille.

3. 15. Coping centré sur le problème (CopPb)

Selon l'analyse par régression de CopPb, on n'observe *aucun effet du groupe* sur le score moyen de Coping-Pb ($t = .381$; ns et $t = .495$; ns, respectivement pour les deux contrastes). On observe une évolution dans le temps du score moyen de Coping-Pb (moyenne sur les deux

temps de mesure, $t = 3.552$; $p = .001$) sous la forme d'une augmentation du score de coping centré sur le problème. Il apparaît une *évolution différentielle* du score de Coping-Pb selon les groupes ($t = -2.362$; $p = .001$, contraste orthogonal : $t = .770$; ns). Le groupe 2 a un score moyen de coping centré sur le problème qui augmente moins que le groupe 1. Ce qui signifie que *les patients ont tous une amélioration de leur stratégie de coping centré sur le problème, et ceci est plus élevé chez les patients du groupe 1.*

Graphique n° 23 : Analyse par régression - score de coping centré sur le problème



3. 16. Coping social (CopSoc)

Selon l'analyse par régression, il n'existe *aucun changement* dans le temps pour les 3 groupes ($t = .802$; ns) concernant le coping social.

3. 17. Coping centré sur l'émotion (CopEmo)

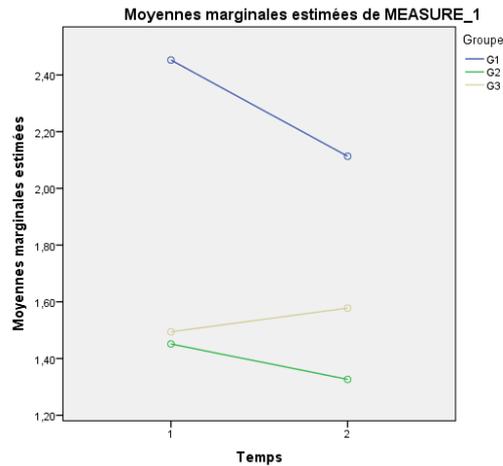
Selon l'analyse par régression, il n'existe *aucun effet du groupe* sur le score moyen de CopEmo ($t = -1.825$; ns et $t = -.744$; ns, respectivement pour les deux contrastes). Il n'apparaît *aucune évolution dans le temps* du score de CopEmo ($t = -1.233$; ns).

Il existe une évolution différentielle du score de CopEmo selon les groupes ($t = 1.975$; $p = .052$, contraste orthogonal : $t = .291$; ns). Le score du groupe 3 augmente plus que les scores des groupes 1 et 2 considérés ensemble. Ce qui signifie, selon la formulation des questions, que *les patients du groupe 3 utilisent préférentiellement les stratégies de coping centré sur l'émotion par rapport aux patients du groupe 1 et 2 considérés ensemble.*

Il apparaît aussi un effet corrélé de CopEmo sur ImaC ($t = 3.942$; $p = .000$). Les personnes ayant un trouble de l'image du corps ont en moyenne un score de coping centré sur l'émotion

supérieur aux autres. Ce qui signifie, selon la formulation des questions, que *les patients ayant un trouble de l'image corporelle utilisent préférentiellement les stratégies de coping centré sur l'émotion.*

Graphique n° 24 : Analyse par régression - Score de coping centré sur l'émotion



3. 18. Synthèse de l'analyse par régression

L'analyse par régression nous permet d'affiner notre connaissance des patients obèses et des relations entre les différents indicateurs de la relation à soi.

Nous retrouvons des inter-influences déjà décrites dans les tests de corrélation :

- les effets du trouble de l'image du corps sur les indicateurs :

- d'estime de soi : allant vers la mésestime de soi,
- de perception corporelle : diminuant la perception corporelle
- de satisfaction corporelle : favorisant l'insatisfaction corporelle
- de conseils de santé de d'hygiène alimentaire : diminuant le respect de ces règles
- de comportement alimentaire : manque de régulation du comportement alimentaire
- de coping centré sur l'émotion : stratégie privilégiée
- de loisirs : baisse de la qualité de vie liée aux loisirs

- les effets de la qualité de vie liée à la gêne physique sur la qualité de vie liée aux loisirs : plus la gêne physique est importante, moins la personne s'accorde des temps de loisirs.

Les loisirs semblent influencer la représentation visuelle de la personne concernant son corps et la manière dont les autres le perçoivent.

Nous observons aussi que les femmes ont une insatisfaction corporelle plus élevée que les hommes.

Concernant l'évolution dans le temps des trois groupes

Nous observons globalement une amélioration de la qualité de vie liée aux loisirs entre T1 et T2 sans différence de groupe.

Nous observons un effet entre T1 et T2 sur les représentations visuelles en lien avec le corps quel que soit le groupe :

- Représentation de son propre corps allant vers une diminution du score : les personnes se perçoivent moins grosses
- Représentation du corps idéal allant vers une diminution du score : les patients ont un idéal moins svelte et ainsi sans doute plus proche d'une réalité accessible.
- Représentation du corps tel que perçu par autrui : les patients ont la perception que les autres personnes les voient moins grosses qu'auparavant.

Nous observons un effet sur le respect des conseils de santé et d'hygiène alimentaire : les patients ont un meilleur respect des conseils de santé et d'hygiène alimentaire en T2 qu'en T1.

Concernant l'évolution dans le temps en fonction des groupes

Des groupes 1 et 2 considérés ensemble par rapport au groupe 3 :

Les patients du groupe 3 ayant une diminution de l'estime de soi entre T1 et T2, il semble que les patients des groupes 1 et 2 considérés ensemble, ayant un suivi en relation d'aide à médiation corporelle, stabilisent davantage leur estime de soi par rapport aux patients du groupe 3.

Les patients du groupe 3 ont une représentation du corps idéal qui est moins svelte que les patients des groupes 1 et 2 considérés ensemble. Ce qui s'associe à une évolution de l'écart entre la représentation visuelle de leur corps par rapport au corps idéal qui est ainsi moins marqué pour le groupe 3.

Les patients du groupe 3 ont plus de troubles des comportements alimentaires que les groupes 1 et 2 considérés ensemble, ils ont une moins bonne qualité de vie liée aux loisirs et utilisent préférentiellement les stratégies de coping centré sur l'émotion par rapport aux patients du groupe 1 et 2 considérés ensemble.

Du groupe 1 par rapport au groupe 2 :

Les patients du groupe 2 ont une plus grande satisfaction corporelle que les patients du groupe 1.

Les patients ont tous une amélioration de leur possibilité d'utiliser des stratégies de coping centré sur le problème, et ceci est plus élevé chez les patients du groupe 1.

La qualité de vie liée aux loisirs est améliorée de manière supérieure pour les patients du groupe 1 par rapport aux patients du groupe 2.

L'analyse des données textuelles nous permettra d'affiner ces résultats.

4. Résultats de l'analyse quantitative

Cette section dégage les résultats qui sont apparus sous l'éclairage de l'analyse par corrélation et de l'analyse par régression, de trois groupes. Rappelons que les deux premiers groupes 1 et 2, suivis par les infirmières cliniciennes, sont constitués de personnes qui ont bénéficié d'une approche de la relation à soi par la médiation corporelle, tandis que le troisième groupe suit le programme de soins sans bénéficier de l'approche corporelle (groupe témoin).

4. 1. Premiers résultats sur l'observance et la perte de poids

Ce premier résultat est apparu à la réception même des données. En effet, les groupes étaient constitués de 33 personnes au temps 1 (T1). Les groupes ont tous diminué au temps 2 (T2) dans des proportions différentes. Nous sommes passés à 28 patients à T2 pour le groupe 1 ; à 29 patients à T2 pour le groupe 2 et à 18 patients à T2 pour le groupe 3.

Nous observons, avant toute analyse statistique, qu'il y a une « *perte* » de patients à T2 :

- pour le groupe 1 de 16%,
- pour le groupe 2 de 12%,
- pour le groupe 3 de 45%.

Il est important de mentionner ici que, les patients avaient tous des rendez vous prévus dans l'intervalle de T2. Nous observons que les patients des groupes 1 et 2 ont une *meilleure observance* que les patients du groupe 3 en matière de respect des consultations de suivi dans le service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand.

Le second résultat a été obtenu par le calcul de la moyenne du score d'Indice de Masse Corporelle (IMC) des patients des trois groupes, nous constatons que cet IMC a baissé entre T1 et T2 (six mois), même si cette évolution est relativement faible.

- En T1, la moyenne d'IMC des patients des trois groupes est de 42,15 allant de 32 à 57,5

- En T2, la moyenne d'IMC des patients des trois groupes est de 41,10 allant de 24,5 à 57,5.

Nous observons ainsi que la prise en charge dans le service de Nutrition Clinique favorise la perte de poids des personnes obèses.

4. 2. Résultats des analyses par corrélation et par régression à propos de la pertinence d'introduire une approche de relation d'aide à médiation corporelle dans la prise en charge de la personne obèse

L'interprétation des données montrent une réelle interdépendance entre le comportement alimentaire, l'image du corps, la satisfaction corporelle, la perception corporelle, le respect des conseils de santé et d'hygiène alimentaire, le coping émotionnel et la qualité de vie liée aux loisirs. Nous constatons que la relation à soi est au cœur des enjeux rencontrés par la personne obèse et notamment au niveau de la gêne physique qui influence l'image de soi et la représentation de soi dans le sens négatif. Cet aspect de la gêne physique va au delà de la majoration de la perception négative du corps puisqu'elle déclenche des stratégies de coping centré sur l'émotion plus fortes et génère du stress et de l'anxiété.

Nous relevons également un lien étroit entre la perception corporelle et l'image du corps qui sont des indicateurs forts de la relation à soi. Meilleure est la relation à soi, meilleure sera la représentation de soi. Plus ces paramètres sont bons, plus la qualité de vie liée aux loisirs augmente et moins la personne a la nécessité d'utiliser des stratégies d'adaptation au stress.

L'analyse par corrélation montre de façon significative que la relation à soi et au corps ont une influence sur l'estime de soi et sur le regard d'autrui. En effet, la représentation visuelle de son propre corps renvoie à un certain nombre de constats : l'écart entre le corps perçu et le corps idéal diminue ou augmente en fonction de la perception corporelle que la personne entretient de façon négative ou positive.

Sur cette base de données, il apparaît pertinent de proposer une pratique à médiation corporelle qui optimise la relation à soi, dans la prise en charge des personnes obèses.

Nous retrouvons également une interaction entre l'hygiène alimentaire et le rapport au corps. En effet, les troubles de l'hygiène alimentaire et le non respect des conseils de santé, au delà de l'absence de régulation alimentaire et de la tendance à diminuer les rapports familiaux et les loisirs, s'accompagnent d'une insatisfaction corporelle, des troubles de l'image du corps et entraînent un coping centré sur l'émotion.

Cette analyse par corrélation est confirmée par l'analyse par régression où nous retrouvons des interactions identiques. Les troubles de l'image du corps ont une incidence négative sur l'estime de soi, une diminution de la perception corporelle et une insatisfaction corporelle. Et enfin, plus la gêne physique est importante, moins la personne s'accorde des temps de loisirs entraînant un cercle vicieux dans la mesure où les loisirs semblent influencer la représentation visuelle de la personne concernant son corps et la manière dont les autres la perçoivent.

4. 3. Résultats de l'analyse par régression

4. 3. 1. La dimension corporelle (étude comparative entre les groupes 1 et 2 et le groupe témoin)

Vient le moment de dégager des résultats issus de l'analyse statistique par régression ciblés sur la place de la dimension corporelle dans la prise en charge des personnes obèses sur la relation à soi entraînant dans son sillage la qualité de vie liée à la gêne physique, la perception corporelle, la représentation visuelle du corps et la satisfaction corporelle, et enfin sur l'estime de soi et sa corrélation avec le corps.

Cette dynamique interprétative reprend le mouvement théorique qui a mis l'accent sur l'importance de la défaillance de la perception corporelle et de l'image du corps ainsi que de la place et des enjeux de la relation à soi entraînant dans son sillage le concept de soi et la représentation de soi influençant l'estime de soi.

Nous déclinons ces résultats en cinq points :

1. La gêne physique en lien avec la qualité de vie : On remarque que, chez les trois groupes et indépendamment du temps, plus la gêne physique est importante, moins la personne s'accorde des temps de loisirs sans pour autant relever une action spécifique de l'approche à médiation corporelle sur ce phénomène.

2. La perception corporelle : Il semble que le groupe 3 présente moins de troubles de la perception corporelle que les autres groupes, ce résultat peut paraître surprenant mais il peut s'expliquer par le fait que les patients du groupe 3 ont, au départ, moins de troubles de l'image du corps (58%) que les deux autres groupes (100% et 83%). Rappelons que les tests de corrélation confirment ce lien entre les troubles de l'image du corps et la perception corporelle : plus le trouble de l'image du corps est important, plus la perception corporelle est déficiente.

Nous ne notons pas d'évolution significative de ce score quelque soit le groupe. Cependant, nous verrons que l'analyse qualitative nuance fortement ce résultat et apporte des éléments qui vont en faveur d'une évolution positive de la perception corporelle pour les groupes 1 et 2.

3. La représentation visuelle du corps :

- **Du corps perçu** : On note une amélioration dans le temps de la représentation visuelle du corps de façon significative chez les trois groupes, les personnes se perçoivent moins grosses en T2 qu'en T1 quelque soit le groupe.
- **Du corps idéal** : On note qu'initialement les personnes des trois groupes ont une représentation visuelle de leur corps idéal beaucoup plus mince que leur représentation visuelle de leur corps perçu et que, suite à la prise en charge, seul le groupe 3 réduit l'écart entre les représentations visuelles idéale et perçue. Tandis que le groupe 1 et 2 maintiennent le même écart.
- **Du corps tel que perçu par autrui** : Nous remarquons qu'il y a une amélioration de la représentation visuelle de "comment la personne imagine que les autres la perçoivent" chez les trois groupes sans distinction. Dans le même temps, nous notons une confirmation de la corrélation entre le gain apporté par la pratique de loisirs et la manière plus positive concernant la perception du regard d'autrui. Les loisirs semblent influencer la représentation visuelle de la personne concernant son corps et la manière dont les autres le perçoivent.

4. La satisfaction corporelle : Initialement, on remarque une insatisfaction corporelle plus grande chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, on retrouve une confirmation de la corrélation entre l'image du corps et le score de satisfaction corporelle. Plus l'image du corps est troublée, plus l'insatisfaction corporelle est élevée. Au terme de la prise en charge, il n'existe pas d'évolution dans le temps du score de satisfaction corporelle quelque soit le groupe.

5. L'image corporelle : On ne note pas d'évolution de l'image corporelle chez les trois groupes.

4. 3. 1. Les incidences de la médiation corporelle sur l'estime de soi, l'observance thérapeutique, le comportement alimentaire, les différents coping et la qualité de vie versus loisirs et famille

Nous présentons ces résultats selon sept points.

1. L'estime de soi : Il semble que les patients ayant un suivi à médiation corporelle stabilisent davantage leur estime de soi par rapport aux patients n'ayant pas de suivi. Ces patients, du groupe 3, ont au contraire une diminution de l'estime de soi. Notons également que le trouble de l'image du corps semble avoir une incidence négative sur l'estime de soi chez les personnes obèses.

2. L'observance thérapeutique (conseils de santé et hygiène alimentaire) : En ce qui concerne l'observance, nous remarquons une amélioration du respect des conseils de santé et d'hygiène alimentaire chez les trois groupes. Rappelons qu'au tout début de notre mouvement interprétatif, nous avons noté une plus grande observance chez les patients qui ont bénéficié d'une approche à médiation corporelle, de façon significative, de par le respect des rendez-vous dans le service.

3. Le comportement alimentaire : Notons que les patients du groupe 3, initialement, montrent plus de troubles du comportement alimentaire que les patients du groupe 1 et 2. Nous remarquons que chez les trois groupes, il n'y a pas d'incidence significative du temps sur le comportement alimentaire.

4. Les loisirs et la qualité de vie : Les patients du groupe 1 et 2 ont une meilleure qualité de vie liée aux loisirs que les patients du groupe 3. Précisons que la qualité de vie liée aux loisirs est améliorée de manière supérieure pour les patients du groupe 1 par rapport aux patients du groupe 2.

5. Le coping centré sur le problème : Les trois groupes ont une amélioration de leur stratégie de coping centré sur le problème et le groupe 1 un peu plus que les deux autres groupes.

6. Le coping centré sur l'émotion : Il ressort que les personnes qui ont un trouble de l'image du corps utilisent préférentiellement les stratégies de coping centré sur l'émotion favorisant davantage les compulsions, le grignotage,... au détriment du coping centré sur le problème plus réfléchi et avec plus de recul.

7. La famille et la qualité de vie ET Le coping social : Nous ne notons aucun changement dans le temps pour les trois groupes pour ces deux indicateurs.

4. 4. Synthèse des résultats de l'analyse quantitative et conclusions

Il nous semble possible de dégager les éléments positifs de la prise en charge des personnes obèses dans le service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand. En effet, que ce soit avec ou sans médiation corporelle, nous notons un ensemble de résultats valorisant la qualité des soins proposés. D'emblée, nous constatons une baisse de l'IMC moyen des participants à la recherche de 42,15 à 41,10, une amélioration de la qualité de vie liée aux loisirs pour les trois groupes. Au niveau de la représentation visuelle du corps : les personnes se perçoivent moins grosses, ont un idéal plus proche de la réalité et notamment pour le groupe 3. Les patients des trois groupes ont amélioré leur rapport au regard d'autrui. Et enfin, tous ont un meilleur respect des conseils de santé et d'hygiène alimentaire.

En revanche, nous ne notons pas d'amélioration significative sur la qualité de vie liée à la gêne physique, sur la perception corporelle, sur la satisfaction corporelle, sur l'image du corps.

Nous notons cependant quelques données qui vont en faveur de la prise en charge par la médiation corporelle et notamment en premier lieu, une amélioration significative de l'observance thérapeutique des patients des groupes 1 et 2. Nous relevons également une stabilisation de l'estime de soi chez ces mêmes patients. Et enfin, les patients des groupes 1 et 2 ont moins de troubles des comportements alimentaires, une meilleure qualité de vie liée aux loisirs, et sont moins soumis à des stratégies de coping centré sur l'émotion en faveur de stratégies centrées sur le problème, c'est à dire plus réfléchi et plus distancié du problème.

Chapitre II : Analyse qualitative

1. Analyse qualitative d'inspiration phénoménologique, groupe par groupe en T1 et T2, mise en forme textuelle, question n°58³²

La question n°58 aborde les apports généraux du suivi dans le service de Nutrition Clinique : « Le suivi dans le service de Nutrition Clinique m'apporte : ... »

Nous présentons cette analyse selon les catégories émergentes des données textuelles : rapport au corps, appréciation du suivi et de l'accompagnement, coping et ressources motivationnelles, estime de soi, états psychiques et émotionnels, rapport à la nourriture et selon les deux temps de l'étude : à T1, à T2 et en les comparant T1 / T2.

1. 1. Analyse transversale des données correspondant à la question n°58 pour le groupe 1

Analyse pour le groupe 1, bénéficiant d'une relation d'aide à médiation corporelle (pratique 1), des données textuelles répondant à « Le suivi dans le service de Nutrition Clinique m'apporte : ... ».

1. 1. 1. Le rapport au corps

- *en T1*

Une personne aborde spontanément la thématique du corps sous l'angle de la **reconnexion avec son corps** « équilibre, reconnectée avec mon corps en comprenant plein de choses de mon passé et acceptant ce passé » (153 2374).

- *en T2*

Une personne aborde spontanément la thématique du corps sous l'angle du **respect du corps** « plus à l'écoute de mes besoins, de mon corps, plus détendue » (218 7212).

- *en comparatif T1-T2*

³² Données intégrales dans les annexes : 4-1 ;4-2 ; 4-3.

Nous notons que, globalement, deux patients du groupe 1 (7%) abordent le thème du rapport au corps spontanément dans les apports généraux du suivi sous l'angle du lien restauré avec le corps et de son respect.

1. 1. 2. Appréciation du suivi et de l'accompagnement

- *en T1*

Treize personnes du groupe 1 parlent spontanément de la qualité du suivi dans le service de Nutrition Clinique. Ils abordent ce thème sous différents items :

Dix personnes parlent de la qualité de l'accompagnement sous la forme d'un **soutien** et d'une **écoute** : « soutien » (152 836 7) ; « soutien dans ma démarche de perdre du poids » (114 104 0) ; « soutien » (268 5727) ; « écoute dans les moments de doute et de stress » (266 6101) ; « aide, encouragement, écoute » (408 523) ; « oreille attentive » (269 4626) ; « on a besoin d'aide, de motivation, d'écoute » (127 4593) ; « écoute, conseils » (264 6348) ; « véritable soutien psychologique » (213 7886) ; « l'assurance de ne pas être jugé » (204 593 2).

Trois personnes trouvent dans le suivi une **orientation**, un **axe à suivre** : « un objectif » (152 836 7) ; « une orientation à suivre selon mon évolution » (266 6101) ; « guide sur différents domaines » (252 240).

Deux personnes voient dans ce suivi un **cadre sur lequel s'appuyer** : « un cadre, je ne me sens pas laissé à l'abandon avec mes problèmes et mes doutes » (225 8086) ; « une référence pour m'appuyer » (266 6101).

Deux personnes abordent ce thème sous l'angle du **réconfort** : « le réconfort d'avoir quelqu'un qui s'occupe de moi » (205 712 1) ; « compréhension qui réconforte » (408 523).

- *en T2*

Dix sept personnes (61%) parlent spontanément en T2 de la qualité du suivi dans le service de Nutrition Clinique dont six qui ne l'avait pas nommé en T1. Nous retrouvons les mêmes items auquel nous ajoutons l'item de l'apport de la pratique :

Onze personnes trouvent du **soutien** et de l'**écoute** dans l'accompagnement : « soutien » (152 836 7), (235 7237), (243 1825), (127 4593) ; « je me sens écoutée, cela m'aide à dédramatiser certaines situations, je ne me sens plus complètement à l'abandon » (225 8086) ; « du personnel présent pour me guider, m'aider dans mon processus d'amaigrissement » (266 6101) ; « aide morale » (102 1860) ; « se sentir soutenu » (131 4625) ; « encouragements m'aident à poursuivre mes efforts » (218 7212) ; « écoute » (408 523) ; « beaucoup d'écoute » (268 5727).

Deux personnes abordent leur besoin **d'orientation** : « besoin d'être guidé » (153 2374) ; « conseils, directive et changement » (269 4626).

Une personne trouve dans le suivi du **réconfort** : « réconfort » (205 712 1).

Cinq personnes parlent du suivi en tant qu'**apport**, ce qui n'avait pas été mentionné en T1 : « m'apporte un plus » (103 9808) ; « m'apporte tout ce dont j'ai besoin » (262 0334) ; « prise en charge régulière, primordial pour moi pour avancer dans la maladie » (114 104 0).

- *en comparatif T1-T2*

Nous notons que l'appréciation du suivi est très fortement mentionnée par les patients du groupe 1 : vingt quatre patients sur vingt huit (86%) abordent ce thème, majoritairement par la qualité d'écoute et le soutien, mais aussi par l'axe à suivre, le cadre proposé et le réconfort ressenti.

1. 1. 3. Le coping et les ressources motivationnelles

- *en T1*

Trois patients abordent ce thème spontanément sous l'angle de la **motivation** et de l'**espoir** : « la motivation » (152 836 7) ; « motivation pour m'en sortir » (239 8515) ; « chance de guérir de l'obésité » (131 4625).

- *en T2*

Trois patients (11%) dont un qui l'avait déjà évoqué en T1, abordent ce thème sous l'angle de la **motivation** : « suivre des aspects de ma santé que j'avais tendance à négliger » (270 2262) ; « motivation supplémentaire » (152 836 7) ; « motivation » (269 4626).

- *en comparatif T1-T2*

Cinq patients (18%) du groupe 1 abordent ce thème, sous l'angle de la motivation et de l'espoir, spontanément dans les aspects généraux du suivi.

1. 1. 4. L'estime de soi

- *en T1*

Six patients abordent spontanément ce thème.

Trois patients parlent de **non jugement** et de leur **envie de changement** : « l'envie de ne pas décevoir l'équipe qui m'aide sans me juger » (152 836 7) ; « j'aimerais être bien dans ma peau et ma tête (102 1860) ; « l'envie de suivre les consignes, ça m'ouvre les yeux sur le fait que mon poids a des conséquences sur ma santé » (218 7212).

Trois patients abordent la **confiance en soi** et l'**acceptation de soi** : « confiance en soi » (108 882 4) ; « capacité à prendre confiance en moi » (262 0334); « aide pour m'accepter » (264 6348).

- *en T2*

Six patients (21%) abordent ce thème spontanément en T2, dont deux qui l'avaient déjà abordé en T1. Ils abordent ce thème selon trois aspects.

Cinq patients abordent la **confiance en soi** et l'**acceptation de soi** : « confiance en moi » (266 6101),(153 2374), (108 882 4), (235 7237) ; « prise de conscience du fossé entre la façon dont je me vois et les autres me voient » (264 6348).

Une personne aborde la notion de **“prendre soin de soi”** : « j'ai appris à m'occuper de moi, chose que je n'avais jamais fait depuis plus de 25 ans » (205 712 1).

- *en comparatif T1-T2*

Au total, dix patients du groupe 1 (36%) abordent l'estime de soi spontanément dans leur témoignage, prioritairement sous l'angle de la confiance en soi et de l'acceptation de soi puis sous l'angle du non jugement et du désir de changement et enfin, une personne parle de la notion de prendre soin de soi.

1. 1. 5. Les états psychiques et émotionnels

- *en T1*

Un patient aborde ce thème selon l'item du **lâcher prise** : « une aide par la relaxation, le lâcher prise » (114 104 0)

- *en T2 :*

Cinq patients (18%) abordent spontanément ce thème en T2 à partir des items de **bien-être** pour trois d'entre eux : « bien-être » (266 6101), (153 2374), (213 7886) et de la **sérénité** pour deux patients d'entre eux : « sérénité, apaisement » (218 7212) ; « calme » (108 882 4).

- *en comparatif T1-T2*

Six patients du groupe 1 (21%) abordent ce thème par le bien-être prioritairement, puis par le lâcher prise et la sérénité.

1. 1. 6. Le rapport à la nourriture

- *en T1*

Quatre patients abordent ce thème spontanément dans leur témoignage, ils constatent une amélioration dans le **suivi des conseils d'hygiène alimentaire** : « rigueur, beaucoup de conseils » (152 836 7) ; « contrôle de mes excès » (235 7237) ; « un point régulier sur ma démarche de perte de poids » (252 240) ; « une prise en charge complète de mon hyperphagie » (114 104 0).

- *en T2*

Cinq patients (18%) abordent ce thème en T2, nous retrouvons l'item de **suivi des conseils d'hygiène alimentaire** : « conseils pour bien manger en mangeant bon, changement de mon mode alimentaire » (269 0804) ; « un ordre pour manger, une réaction à ce que je mange, aide pour la nourriture, les portions, les astuces » (268 5727) ; « conseils, besoin d'être recadré quand je vais dans les extrêmes » (213 7886) ; « prise de conscience de ma situation vis à vis de la nourriture, ligne directrice à suivre pour équilibre des repas » (252 240) ; « bouger pour sortir, savoir manger équilibré et faire attention » (131 4625).

- *en comparatif T1-T2*

Au total, sept patients du groupe 1 (25%) abordent ce thème autour de la rigueur qu'apporte le suivi dans le respect des conseils sur le mode alimentaire.

1. 1. 7. Synthèse de l'apport du suivi dans le service de Nutrition Clinique pour les patients du groupe 1 :

Nous notons que les principaux apports mentionnés par les patients du groupe 1, indépendamment du temps, concernent la qualité de l'accompagnement qu'ils rencontrent auprès des professionnels du service (86%), l'amélioration de l'estime de soi (36%) et un meilleur suivi des conseils d'hygiène alimentaire (25%).

1. 2. Analyse transversale des données correspondant à la question n°58 pour le groupe 2

Analyse pour le groupe 2, bénéficiant d'une relation d'aide à médiation corporelle (pratique 2), des données textuelles répondant à « Le suivi dans le service de Nutrition Clinique m'apporte : ... »

1. 2. 1. Le rapport au corps

- *en T1*

Aucune personne ne parle spontanément de son rapport au corps dans cette question sur le suivi du service de Nutrition Clinique.

- *en T2*

Deux patients (7%) témoignent d'un changement de leur rapport au corps sous la forme d'une **découverte du corps** : « renaissance avec découverte de mon corps » (205 1824), et d'une **écoute du corps** en lien avec une absence de douleur : « écoute du corps, bouger sans avoir mal » (105 6748).

- *en comparatif T1-T2*

Deux patients du groupe 2 (7%) parlent spontanément du rapport au corps dans la question générale sur le suivi, sous la forme de découverte et d'écoute du corps.

1. 2. 2. Appréciation du suivi et de l'accompagnement

- *en T1*

Quinze patients abordent la thématique du suivi et de sa qualité. Ils décrivent du **soutien** et de **l'écoute** pour douze d'entre eux : « soutien » (103 8470), (100 4495), (111 1691) ; « soutien, conseils » (265 5535) ; « soutien, objectivité de ma situation » (232 1177) ; « aide, soutien, conforte dans mes analyses » (216 4153) ; « soutien, compréhension » (447 811) ; « écoute » (255 3776) ; « espace d'écoute, conseils, aide sans jugement » (258 0479) ; « moralement, je ne suis pas seule, je suis bien accompagnée » (263 9392) ; « sentiment d'être plus comprise que jugée » (214 0844) ; « écoute, compréhension, valorisation » (243 2815).

Deux patients entrevoient ce suivi comme une **aide** ou un **apport** : « m'aide » (191 710) ; « ma vie a changé depuis que je suis suivie, plus de liberté et compréhension » (117 5662)

Un patient témoigne de **réconfort** « réconfort » (216 4153).

Une personne parle de son **bonheur à être suivie** : « heureuse de ce suivi » (132 0933).

- *en T2*

Treize patients (45%) abordent spontanément la thématique de l'appréciation du suivi.

Cinq patients témoignent du **soutien** et de **l'écoute** dont ils bénéficient : « soutien » (111 1691) ; « grand bien, soutien » (117 5662) ; « écoute, soutien, accompagnement » (214 0844) ; « soutien dans le respect des conseils et soutien moral » (252 206 2) ; « écoute » (243 2815).

Trois patients parlent de **l'aide** qu'ils obtiennent ou d'un **apport** du suivi : « aide » (269 5182) ; « aide et conseils » (246 8560) ; « m'apporte beaucoup de choses » (255 3776).

Deux patients témoignent du **réconfort** qu'ils ressentent : « réconfort » (103 8470) ; « objectivité et réconfort » (232 1177).

Deux patients mentionnent une **sortie de l'isolement** : « ne pas être seule, être comprise, on est avec moi » (264 3301) ; « je ne me sens plus seule » (205 1824).

Et un patient témoigne d'une **orientation**, d'un **axe à suivre** : « me rassure, me permet de me projeter dans l'avenir » (132 0933)

- *en comparatif T1-T2*

Vingt patients du groupe 2 sur vingt neuf (69%) abordent spontanément l'appréciation du suivi dans leur témoignage, majoritairement sous la forme d'une écoute, d'un soutien, mais aussi sous la forme d'une aide et de réconfort. Notons aussi que deux patients témoignent du suivie comme un moyen de sortir de l'isolement social.

1. 2. 3. Le coping et les ressources motivationnelles

- *en T1*

Quatre patients abordent cette thématique. Pour deux d'entre eux, ils en parlent sous l'angle de la **motivation** : « garder le courage, à arriver à mon objectif, qui est de perdre du poids sans me faire opérer » (263 9392) ; « aller de l'avant » (102 4203). Pour un patient sous l'angle du **coping** : « gestion du stress » (105 6748) et pour un d'entre eux par le biais de **l'espoir** : « je reprends espoir » (264 3301).

- *en T2*

Trois patients (10%) abordent ce thème en T2, sous l'angle de la **motivation** pour deux d'entre eux : « remotivation » (269 5182) ; « effort pour arriver au bout de mon projet » (236 9232) et sous l'angle du **coping** pour un patient : « gérer mes émotions, ma façon de manger, mon poids » (263 9392).

- *en comparatif T1-T2*

Six patients du groupe 2 (21%) abordent spontanément la thématique du coping et des ressources motivationnelles dans leur témoignage sous l'angle d'une motivation restaurée notamment.

1. 2. 4. L'estime de soi

- *en T1*

Quatre patients abordent la thématique de l'estime de soi sous l'angle du **recentrage sur soi** : « recentrage sur moi, exister pour moi » (205 1824) ; « stabilité, travail sur moi pour accepter mon corps » (102 4203) ; « apprendre des choses sur moi » (246 8560) ; « équilibre de ma personne, dans ma tête, mes articulations » (105 6748).

- *en T2*

Cinq patients (17%) abordent ce thème en T2. Deux d'entre eux témoignent de la **connaissance de soi** : « mieux me connaître » (130 2892) ; « autre regard sur moi » (417 53). Deux patients parlent de la notion de **“prendre soin de soi”** : « de la tranquillité c'est pour moi seule et pas pour les autres » (102 3772) ; « prendre soin de moi, le point des bonnes et mauvaises choses et guidage vers amélioration » (102 4203)

- *en comparatif T1-T2*

Huit patients du groupe 2 (28%) témoignent spontanément de changement allant vers une amélioration de l'estime de soi, allant d'un recentrage sur soi, à une meilleure connaissance de soi et l'envie de prendre soin de soi.

1. 2. 5. Les états psychiques et émotionnels

- *en T1*

Quatre patients abordent ce thème sous l'angle du **bien-être** : « bien-être » (130 2892), (269 5182), (252 206 2) ; « bien-être au quotidien » (236 9232).

- *en T2*

Quatre patients (14%) parlent de cette thématique en T2, sous l'angle de la **sérénité** pour trois d'entre eux : « apaisement » (103 8470), (205 1824) ; « calme » (105 6748) et du **bien-être** pour un d'entre eux : « bien-être » (100 4495).

- *en comparatif T1-T2*

Huit patients du groupe 2 (28%) témoignent de changement de leur état psychique et émotionnel en lien avec le suivi, notamment sous la forme de bien-être et de sérénité.

1. 2. 6. Le rapport à la nourriture

- *en T1*

Huit patients témoignent d'un apport sur le plan du rapport à la nourriture sous l'angle de la **connaissance de l'hygiène alimentaire** et d'un meilleur **suivi des conseils** : « ça me rappelle les règles, l'ordre des choses, ça me pousse à perdre du poids » (263 9392) ; « bonnes pratiques alimentaires » (232 1177) ; « apprendre l'équilibre corps-alimentation-psychologique » (102 4203) ; « me remettre en question pour la nourriture » (102 3772) ; « aide importante dans perte de poids » (269 5182) ; « réflexion en rapport avec l'alimentation » (417 53) ; « suivi de mon poids » (255 3776) ; « reprendre une vie normale grâce aux conseils » (236 9232).

- *en T2*

Huit patients (28%) parlent de l'apport du suivi en terme de **conseils** et de meilleur **suivi** de ces derniers : « plein de conseils pour mieux vivre, perte de poids » (191 710) ; « des conseils alimentaires » (265 5535) ; « perdre du poids sans le reprendre » (263 9392) ; « nouvelles informations diététiques, recentrage pour les concrétiser » (216 4153) ; « beaucoup appris dans ma façon de manger » (117 5662) ; « des informations » (100 4495) ; « conseils, apprendre à vivre autrement, me remettre en question pour une meilleure hygiène de vie » (243 2815) ; « aide à la nutrition et équilibre alimentaire, mieux équilibré mes repas, faire attention à mon poids » (234 4818).

- *en comparatif T1-T2*

Quinze patients sur vingt neuf (52%) abordent cette thématique du rapport à la nourriture, notamment sous la forme d'un meilleur suivi des conseils d'hygiène alimentaire.

1. 2. 7. Synthèse de l'apport du suivi dans le service de Nutrition Clinique pour les patients du groupe 2

Nous notons que les principaux apports mentionnés par les patients du groupe 2, indépendamment du temps, concernent la qualité de l'accompagnement qu'ils rencontrent auprès des professionnels du service (69%), un meilleur suivi des conseils d'hygiène alimentaire (52%) , une amélioration de l'estime de soi (28%) et des états psychiques et émotionnels (28%) notamment sous forme de bien-être et de sérénité.

1. 3. Analyse transversale des données correspondant à la question n°58 pour le groupe 3

Analyse pour le groupe 3, ne bénéficiant pas d'approche à médiation corporelle, des données textuelles répondant à « Le suivi dans le service de Nutrition Clinique m'apporte : ... ».

1. 3. 1. Le rapport au corps

- *en T1*

Aucun patient n'aborde ce thème

- *en T2*

Aucun patient n'aborde ce thème

- en comparatif T1-T2

Aucun patient n'aborde ce thème

1. 3. 2. Appréciation du suivi et de l'accompagnement

- *en T1*

Huit patients témoignent de la qualité du suivi sous la forme de **soutien** et **d'écoute** pour sept d'entre eux : « soutien » (127 0095), (368 847) ; « réel soutien, précieux conseils pour continuer mon parcours, pas de jugement » (268 5839) ; « soutien dans mon projet » (347 603) ; « bons conseils hygiène de vie, soutien mental » (252 1798) ; « soutien, possibilité de dialogue » (315 272) ; « conseils judicieux, écoute et réponse à mes questions, grande qualité humaine dans le service » (269 7491).

Une personne témoigne du **réconfort** que cela lui apporte : « du bien, un peu de réconfort » (269 7491).

Une personne témoigne d'un **apport** général : « M'apporte beaucoup » (268 9874).

- *en T2*

Quatorze patients (78%) abordent ce thème. Six patients parlent de ce suivi sous la forme d'une **aide** par les conseils : « aide et conseil » (268 5839), (146 9368) ; « conseil » (161 402), (268 9874) ; « réponses à mes questions » (267 6243) ; « aide à affronter la réalité et le futur » (324 588).

Cinq patient témoignent de la qualité d'écoute et de **soutien** : « soutien » (315 272) ; « écoute importante » (269 7491) ; « conseils, écoute, rassurée d'être suivie » (252 1798) ; « parler des

difficultés sans être jugé, parler à quelqu'un pour repartir du bon pied » (347 603) ; « soutien et aide » (204 458 6)

Deux patients abordent ce thème sous l'angle du **réconfort** et de la **confiance** : « confiance, réconfort » (440 830) ; « confiance » (246 5259)

Et un patient sous l'angle d'une **orientation**, un **axe à suivre** : « avoir des objectifs à respecter pour la visite suivante » (312 177).

- *en comparatif T1-T2*

Quinze patients (83%) témoignent de la qualité du suivi dans le service, majoritairement sous la forme d'une qualité d'écoute et de soutien, et sous la forme d'aide voire de réconfort.

1. 3. 3. Le coping et les ressources motivationnelles

- *en T1*

Quatre patients abordent ce thème sous l'angle de la **motivation** : « garder ma motivation » (127 0095) ; « me rebooster » (347 603) ; « la force de retrouver un jour le poids d'avant » (440 830) ; « envie de modifier mon comportement alimentaire » (167 898).

- *en T2*

Quatre patients (22%) témoignent spontanément autour de ce thème par le biais de leur **motivation** : « motivation à ne pas trop m'écartier grâce au suivi » (127 0095) ; « confiance et motivation pour continuer dans prise en charge de moi-même » (146 9368) ; « me donner du courage » (167 898) ; « motivation » (268 9874).

- *en comparatif T1-T2*

Six patients (33%) témoignent de leur motivation restaurée en lien avec le suivi.

1. 3. 4. L'estime de soi

- *en T1*

Un patient témoigne d'une amélioration de sa *confiance* en lui : « confiance en moi » (267 6243).

- *en T2*

Aucun patient ne témoigne sur ce thème en T2

- *en comparatif T1-T2*

Un patient aborde une amélioration de la confiance en soi.

1. 3. 5. Les états psychiques et émotionnels

- *en T1*

Un patient aborde ce thème sous l'angle du **bien-être** : « bien-être » (440 830).

- *en T2*

Un patient parle de son **mieux-être** : « mieux-être » (161 402).

- *en comparatif T1-T2*

Deux patients (11%) du groupe 3 abordent ce thème sous l'angle d'un bien-être ou mieux-être.

1. 3. 6. Le rapport à la nourriture

- *en T1*

Cinq patients abordent ce thème spontanément. Quatre patients témoignent d'un meilleur **suivi des conseils d'hygiène alimentaire** : « rectifier mon comportement nutritionnel » (127 0095) ; « en respectant au mieux les règles alimentaires, besoin de suivi pour perdre du poids » (252 1798) ; « conseils sur la nutrition » (440 830) ; « aide à la nutrition, change les habitudes alimentaires » (267 6243).

Un patient aborde ce thème en lien avec les perceptions de ses sensations alimentaires : « retrouver la sensation faim et satiété, restructurer trois repas, avant c'était le stress et mon corps n'avait pas besoin des repas » (324 588).

- *en T2*

Cinq patients (28%) témoignent d'un meilleur **suivi des conseils d'hygiène alimentaire** ou d'un **changement de leur mode alimentaire** : « arrêt régime restrictif, maintien le cap, là, perte lente mais sans restriction alimentaire » (252 1798) ; « approche intéressante pour perdre du poids, sans culpabilisation » (368 847) ; « apprendre à équilibrer alimentation » (128 3683) ; « aide à l'alimentation » (267 6243) ; « modération dans ma boulimie, me corriger dans mon alimentation » (167 898).

- *en comparatif T1-T2*

Huit patients (44%) témoignent de leur apport du suivi sur leur rapport à la nourriture, sous la forme d'un meilleur suivi des conseils et par conséquent d'un changement dans leurs habitudes alimentaires.

1. 3. 7. Synthèse de l'apport du suivi dans le service de Nutrition Clinique pour les patients du groupe 3

Nous notons que les principaux apports mentionnés par les patients du groupe 3, indépendamment du temps, concernent la qualité de l'accompagnement qu'ils rencontrent auprès des professionnels du service (83%) et un meilleur suivi des conseils d'hygiène alimentaire (44%) accompagné d'un changement des comportements alimentaires.

2. Analyse qualitative d'inspiration phénoménologique, groupe par groupe en T1 et T2, mise en forme textuelle, question n°59³³

La question n°59 aborde les apports du suivi par l'infirmière clinicienne dans le service de Nutrition Clinique : « Je suis suivi (e) par une infirmière clinicienne, cette approche m'apporte : ... »

Nous présentons cette analyse selon les catégories de données textuelles : rapport au corps, appréciation du suivi et de l'accompagnement, coping et ressources motivationnelles, estime de soi, états psychiques et émotionnels, rapport à la nourriture et selon les deux temps de l'étude : à T1, à T2 et les comparant T1 / T2.

2. 1. Analyse transversale des données correspondant à la question n°59 pour le groupe 1

Analyse pour le groupe 1 des données textuelles répondant à « Je suis suivi (e) par une infirmière clinicienne, cette approche m'apporte : ... ».

2. 1. 1. Le rapport au corps

- *en T1*

Quatre patients abordent spontanément ce thème du rapport au corps.

Deux patients témoignent d'un **bien-être corporel** : « bien-être physique » (266 6101) ; « bien dans mon corps et par rapport à la nourriture » (271 5658).

³³ Données intégrales dans les annexes : 4-4 ; 4-5.

Une personne témoigne de **sa difficulté** dans le rapport au corps : « je résiste encore malgré moi à me mettre en relation avec mon corps que je considère depuis toujours comme un outil (un véhicule par exemple pour me déplacer) » (152 836 7).

Et une personne témoigne de **retrouvaille avec son corps** : « reprendre contact avec mon corps » (213 7886).

- *en T2*

Sept patients (25%) abordent spontanément cette notion en lien avec le suivi infirmier.

Trois patients témoignent d'une **prise de conscience du corps** : « prise de conscience de mon corps, de la manière de me décontracter et combattre le stress quotidien, se calmer, détente musculaire » (269 0804) ; « connaissance et prise en compte de mon corps » (252 240) ; « prise de conscience de mon corps » (213 7886).

Deux patients abordent la notion d'**acceptation du corps** : « j'arrive à accepter mon corps, la relaxation permet de m'évader et détendre chaque partie de mon corps. C'est une aide dans mon quotidien, j'ai un "corps non conforme" donc cet exercice est un besoin » (153 2374) ; « acceptation de mon corps » (264 6348).

Deux patients témoignent d'un **changement de rapport au corps** sous la forme d'une **écoute du corps** : « une nouveauté sur l'écoute du corps » (152 836 7) ou d'une **sensation agréable du corps** : « plus légère, très bien dans mon corps » (234 0557).

- *en comparatif T1-T2*

Neuf patients (32%) abordent la thématique de l'évolution du rapport au corps en lien avec la relation d'aide à médiation corporelle – groupe 1, sous la forme de prise de conscience, de bien-être et d'acceptation du corps.

2. 1. 2. Appréciation du suivi et de l'accompagnement

- *en T1*

Sept patients témoignent de la qualité du suivi sous la forme d'une qualité **d'écoute** pour six d'entre eux : « une écoute, quelqu'un avec qui parler sans avoir peur de dire des "bêtises", agréable d'avoir une personne à l'écoute surtout quand on est seule » (266 6101); « considération de mes efforts, écoute, compréhension et non jugement » (269 4626); « écoute, partage que je ne trouve pas ailleurs, j'arrive me confier, cela m'aide à évacuer le stress » (239 8515) ; « pouvoir parler à une personne qui me fait du bien dans ma tête et dans

mon corps » (268 5727) ; « confiance, et dire mon désarroi dans mon manque de confiance » (261 9292) ; « Vraiment à l'écoute » (152 836 7).

Une personne témoigne de l'amélioration de son **observance** : « Je suis une mauvaise élève en la matière (que je considérerai un peu comme des trucs de charlatan pour être honnête) mais je n'oublie aucune séance car je pense que j'arriverais à canaliser mon énergie, surtout la négative, grâce à son travail. » : (152 836 7).

Une personne aborde la suivi sous la forme de **réconfort** et de soutien : « réconfort, soutien » (268 5727).

- *en T2*

Huit patients (29%) abordent la qualité du suivi qui, pour six d'entre eux, prend la forme d'une qualité **d'écoute** : « L'infirmière m'aide à mieux cerner mes émotions et ressentis, une bonne écoute qui ne vous juge pas » (225 8086) ; « grande écoute, compréhension » (114 1040) ; « écoute, confiance » (268 5727) ; « soutien et écoute non trouvé ailleurs » (127 4593) ; « soutien et des réponses » (243 1825) ; « échange super, cela me fait beaucoup de bien » (239 8515).

Une personne témoignent du **réconfort** apporté par le suivi : « réconforte, rassure » (408 523).

Une personne témoigne des **conseils** reçus : « conseils et liberté de mes ressentis » (261 9292).

- *en comparatif T1-T2*

Douze patients du groupe 1 (43%) témoignent de la qualité du suivi par l'approche à médiation corporelle sous la forme d'une qualité d'écoute en majorité.

2. 1. 3. Le coping et les ressources motivationnelles

- *en T1*

Cinq patients abordent ce thème spontanément. Trois patients témoignent de l'amélioration de leur stratégie de coping par une meilleure **gestion du stress** : « des moyens simples pour tenter d'évacuer mon stress. A terme, je pense que ces exercices vont me permettre des micropauses très régénératrices » (152 836 7) ; « des outils afin que je puisse apprendre à lâcher prise dans les moments de stress et d'angoisse » (114 104 0) ; « des clés pour me relaxer en cas de crise d'angoisse ou face à des contrariétés » (114 104 0).

Deux patients témoignent en faveur d'une **motivation** pour l'avenir : « l'envie d'arriver à quelque chose à plus ou moins long terme » (205 712 1) ; « motivation pour la suite » (127 4593).

- *en T2*

Neuf patients (32%) abordent ce thème spontanément en T2.

Six patients abordent ce thème sous l'angle de la **gestion du stress** : « gérer certaines situations » (266 6101) ; « apprendre méthodes de non stress » (153 2374) ; « savoir gérer mon stress » (131 4625) ; « évacuer mes tensions, mes problèmes » (127 4593) ; « exercices renouvelés au domicile familial. Apport pour réduire les conséquences du stress quotidien » (252 240) ; « chasser les idées noires » (235 7237) ; « une "aération" du cerveau pour repartir d'un bon pied, voir les choses sous un autre angle, plus calme » (269 0804)

Deux patients témoignent de leur **motivation** : « motivation principalement » (269 4626) ; « remet en pratique mes séances de relaxation, pour être plus sereine » (218 7212).

Et un patient nommé **l'espoir** qu'il retrouve grâce aux séances : « à débloquer une situation qui s'était installée depuis de longues années, à me donner espoir de ne pas finir obèse (...) et pouvoir enfin être dans la moyenne » (205 712 1).

- *en comparatif T1-T2*

Douze patients (43%) témoignent de ce thème sous la forme d'une meilleure gestion du stress principalement, puis d'une motivation retrouvée.

2. 1. 4. L'estime de soi

- *en T1*

Quatre patients abordent cette notion spontanément, deux patients parlent de leur meilleure **connaissance de soi** : « me voir telle que je suis » (213 7886) ; « recul sur moi-même » (131 4625).

Un patient témoigne de sa **confiance** : « confiance en moi » ((127 4593) ; un patient aborde la notion de "**prendre soin de soi**" : « moment pour prendre soin de moi, écoute importante car la seule que je m'autorise » (127 4593).

- *en T2*

Sept patients (25%) témoignent de changement au niveau de l'estime de soi.

Trois patients abordent la notion de **confiance en soi** : « compréhension et confiance en moi, mieux me comprendre » (108 8824) ; « confiance en moi que j'ai du mal à donner dans ma vie » (127 4593) ; « confiance en moi et acceptation de mon corps (264 6348).

Trois patients témoignent de **recentrage sur soi** : « me recentrer sur moi et définir les priorités » (204 5932) ; « reconcentrer sur moi, m'observer et apprendre à m'écouter » (131 4625) ; « m'apprends à me recentrer sur moi-même » (235 7237).

Un patient témoigne d'une **satisfaction de soi** : « je me sens contente de moi, plus heureuse et légère » (225 8086).

- *en comparatif T1-T2*

Neuf patients du groupe 1 (32%) abordent l'estime de soi sous la forme de la confiance et la connaissance de soi notamment, ainsi que sous la forme d'un recentrage sur soi positif.

2. 1. 5. Les états psychiques et émotionnels

- *en T1*

Quinze patients témoignent de ce thème.

Six patients témoignent du **bien-être** que les séances leur procurent : « bien-être » (268 5727) ; (243 1825) ; (213 7886) ; « bien-être pendant les séances » (270 2262) ; « en 1^o visite, détente et bien-être, je pourrai en dire plus sur la durée » (225 8086) ; « bien-être, le moi intérieur » (102 1860).

Six patients témoignent de la **détente** via la relaxation : « détente » (153 2374) ; « relaxation » (131 4625) ; « aide à la relaxation » (235 7237) ; « relaxation, détente » (252 240) ; « relaxation, calme, pour chasser le stress de la perte de poids » (269 0804) ; « mieux me relaxer » (264 6348).

Trois patients abordent la notion de **sérénité** : « j'y trouve un moment de sérénité et d'écoute » (114 104 0) ; « calme, sérénité, mieux-être » (218 7212) ; « me libère l'esprit » (262 0334).

- *en T2*

Seize patients (57%) abordent cette thématique.

Dix patients témoignent de leur **détente** via la relaxation procurée par les séances : « soulagement, un bon moment de détente rien que pour moi, à vivre pour moi » (205 712 1) ; « détente » (153 2374), (266 6101) ; « prendre plus de temps pour des moments de détente » (218 7212) ; « Façon de se détresser, un moment de calme par rapport à ma vie mouvementée » (152 836 7) ; « de l'apaisement, la relaxation m'apprend, m'aide à me

détendre, à me relaxer pour ne plus me sentir angoissée » (225 8086) ; « apaisement par la relaxation » (114 1040) ; « relaxation, trouver de la sérénité, de la réflexion » (131 4625) ; « la relaxation apaise mon stress » (239 8515) ; « me relaxer, me détendre » (235 7237).

Sept patients témoignent de leur **bien-être** en lien avec les séances : « bien-être » (103 9808) ; (108 8824) ; (268 5727) ; (252 240) ; (266 6101) ; « je me sens plus sereine, approche reposante, beaucoup de douceur nécessaire pour retrouver le bien-être » (102 1860) ; « bien-être quand je viens » (239 8515).

- *en comparatif T1-T2*

Vingt et un patients sur vingt-huit du groupe 1 (75%) abordent ce thème sous la forme du bien-être et de la détente majoritairement.

2. 1. 6. Le rapport à la nourriture

- *en T1*

Aucun patient n'aborde cette thématique

- *en T2*

Quatre patients (14%) témoignent de l'effet des séances sur un changement de **comportement alimentaire** plus ou moins attribués à la relaxation : « changement de comportement nourriture, contrôle de ce que je mange en pleine conscience » (153 2374) ; « prendre le temps de me poser les bonnes questions sur la préparation et la composition du repas » (269 4626) ; « apprendre à mieux comprendre l'alimentation, le bien mâcher, prendre du temps pour soi, savoir quand et comment va se passer l'opération et son suivi, c'est parfait » (271 5658) ; « bienfaits surprenants de la relaxation sur mon alimentation au quotidien, j'aborde l'après repas plus sereinement » (270 2262).

Un patient témoigne de ce suivi en terme de **stabilisation de son poids** : « heureuse de ce suivi, mon poids se stabilise, voire baisse » (114 1040).

- *en comparatif T1-T2*

Cinq patients (18%) abordent ce thème avec notamment des effets sur le comportement alimentaire en lien avec la relaxation.

2. 1. 7. Synthèse de l'apport du suivi à médiation corporelle pour les patients du groupe 1

Nous notons que les principaux apports de l'approche à médiation corporelle, pour les patients du groupe 1, indépendamment du temps, s'adressent majoritairement au bien-être et à la détente (75%), puis à la qualité de l'accompagnement et au développement de nouvelles stratégies de coping (43%) et enfin à l'estime de soi et au changement du rapport au corps (32%).

2. 2. Analyse transversale des données correspondant à la question n°59 pour le groupe 2

Analyse pour le groupe 2 des données textuelles répondant à « Je suis suivi (e) par une infirmière clinicienne, cette approche m'apporte : ... ».

2. 2. 1. Le rapport au corps

- *en T1*

On note que sur vingt-neuf patients, treize abordent spontanément la question du corps. Après une analyse plus approfondie, apparaissent 5 natures de rapport au corps. La première mentionne le **caractère inédit, nouveau de la découverte du corps** pour quatre patients qui mentionnent la rencontre de sensations nouvelles corporelles (191 710) : « des sensations nouvelles de mon corps » ; (130 2892) : « nouvelles sensations corporelles » ; (417 53) : « découverte sensation de mon corps, de la sensibilité », voire la découverte du corps (264 3301) : « découverte de mon corps ».

La seconde est en lien direct avec les notions **d'acceptation ou de respect du corps**, nous retrouvons ces notions dans les propos de 4 patients : « respecter le corps comme il est » (232 1177), « envie de découvrir mes capacités à aimer mon corps, accepter mon corps en lui apportant du positif » (102 4203), « une valorisation du corps » (243 2815) « nouvelle considération de mon corps et de mes sens » (252 206 2).

La troisième nature de rapport au corps, touche la notion de **reconnexion avec le corps ou le recentrage corporel**, c'est le cas de 3 patients : « reconnexion avec mon corps (...) je me recentre sur mon corps » (214 0844) ; « ressenti de mon corps » (32 0933) ; « écoute corps, de ses réactions » (258 0479).

La quatrième nature correspond, pour 3 personnes, à **l'apprentissage de la connaissance du corps** : « apprendre à mieux connaître mon corps » (227 9606) ; « un corps que je connaissais pas » (191 710) ; « apprendre des choses sur mon corps » (246 8560).

La cinquième nature de rapport au corps existe pour une personne et est en lien avec le sentiment d'**unité entre le corps et l'esprit** (232 1177) : « écoute corps-esprit ».

- *en T2*

On note que sur 29 patients, 14 parlent spontanément du rapport au corps (48%). Nous retrouvons les natures de rapport décrites en T1.

Pour sept personnes, **l'apprentissage de la connaissance du corps** est mentionné : « mieux connaître mon corps » : (191 710) ; (447 811) ; (263 9392) ; « connaissance de mon corps » : (130 2892) ; « mieux comprendre le fonctionnement de mon corps » : (204 2217) ; « concrétiser mes ressentis » : (216 4153) ; « reconnexion avec mon corps et mes sensations » : (214 0844).

Trois patients parlent de la **reconnexion avec leur corps** : « savoir écouter mon corps » (243 2815) ; « écoute de mon corps » (236 9232) ; « écouter mon corps, prendre conscience que mon corps va bien si je lui donne les clés pour aller bien » (102 4203).

La notion d'**acceptation et de respect du corps** est nommée pour deux patients : « avoir un meilleur rapport avec mon corps » (255 3776) ; « moins dégoutée par mon corps » (117 5662).

Un patient parle de **lien intime retrouvé entre le corps et l'esprit** : « sentiment étrange et merveilleux d'une symbiose entre mon esprit et mon corps » (205 1824).

Une personne évoque la **découverte du corps** : « nouvelle approche avec mon corps » (269 5182).

- *en comparatif T1-T2*

Nous constatons que la plupart des patients parlent spontanément du rapport à leur corps quand ils sont questionnés sur l'apport de l'approche corporelle éducative, via la somato-psychopédagogie. En effet, en regroupant les patients T1 et T2, **vingt-deux patients sur vingt-neuf, soit 76%**, parlent de l'évolution de leur rapport au corps en lien avec cette approche.

Le plus fort rapport évoluant est "l'apprentissage de la connaissance de son corps" pour neuf patients. Puis, viennent ensemble "l'acceptation et le respect du corps" et "la reconnexion avec le corps" pour six patients chacun. Puis, pour cinq patients : "la découverte du corps" et

enfin deux patients trouvent dans cette approche le moyen de “recréer le lien entre le corps et l'esprit”.

2. 2. 2. Appréciation du suivi et de l'accompagnement

- *en T1*

Rappelons que les patients de ce groupe ont répondu à la question n°58, précédemment à la question n°59, et où les réponses sont particulièrement importantes, expliquant en partie le peu de témoignages relevés dans cette catégorie.

Quatre 4 personnes abordent ce thème. Pour une personne (102 3772), l'écoute revêt plusieurs significations : l'**accueil** « même quand je ne m'exprime pas très bien (...) elle ne m'interrompt jamais quand je parle » ; la **compréhension** « elle comprend ce que je veux dire » ; le **bienfait** qu'elle en retire « toujours à l'écoute, cela me fait du bien ». Chez un autre patient (252 206 2), la notion d'écoute apparaît également mais revêt cette fois-ci une notion de « **valorisation** ». Et enfin, deux personnes aborde la notion de « **soutien** » (100 4495) ; (447 811).

- *en T2*

Huit personnes (28%) abordent ce thème. Nous retrouvons chez 4 personnes la notion d'être **écoutée** (258 0479 ; 246 8560 ; 255 3776 ; 102 3772) ; pour 4 patients de l'aide, du **soutien** ou du **réconfort** (216 4153 ; 132 0933 ; 111 1691 ; 234 4818).

- *en comparatif T1-T2*

En tout, 11 personnes (38%) parlent spontanément du soutien ou de la notion d'être écoutée par la praticienne du groupe 2.

2. 2. 3. Le coping et les ressources motivationnelles

- *en T1*

Huit patients témoignent de cet effet de la prise en charge spontanément.

Six patients abordent cette thématique sous l'angle du **coping** et d'une amélioration de leur **gestion du stress** : « savoir me calmer pour supporter le stress » (102 3772) ; « moins stressée » (204 2217) ; « apprendre à gérer le stress et la colère, l'angoisse » (236 9232) ; « un chemin pour mettre en œuvre une autre façon de réagir pour arriver à déculpabiliser et accepter les réactions des autres, leurs déceptions » (258 0479) ; « mieux assumer mes deuils, faire de changements dans moi, savoir dire non » (105 6748).

Deux patients abordent ce thème par le biais de la **motivation** et du **courage** : « envie de poursuivre ma recherche du mieux-être, me libérer des mauvaises pensées » (205 1824) ; « le courage, le moral » (263 9392).

- *en T2*

Sept patients (24%) abordent ce thème en T2 dont cinq sous l'angle de **l'apaisement** et de **l'apprentissage du lâcher prise**: « m'apprends à être plus calme » (102 3772) ; « canaliser mes émotions pour aller de l'avant en me protégeant. Techniques pour lâcher prise » (102 4203) ; « stabilité avec mon comportement envers les autres » (236 9232) ; « contrôler mes émotions » (263 9392) ; « lâcher prise » (227 9606).

Une personne présente les séances comme un temps de **disponibilité à elle-même** : « prendre du temps pour moi » (255 3776) et une sous la forme d'une **aide** : « cela m'aide beaucoup » (191 710).

- *en comparatif T1-T2*

Douze patients (41%) témoignent sur ce thème par le biais de la gestion du stress, de l'apaisement et de l'apprentissage du lâcher prise notamment.

2. 2. 4. L'estime de soi

- *en T1*

Neuf patients parlent de ce thème spontanément. Les patients abordent la thématique de l'estime de soi préférentiellement par le biais de la **confiance en soi**, nous le retrouvons chez cinq patients : « confiance en moi » (232 1177) ; « confiance » (117 5662) ; « confiance en moi et dans mon corps » (269 5182) ; « confiance en soi, savoir parler de soi sans retenu, sans être jugé » (243 2815) ; « ne pas me cacher pour ressembler à un modèle » (102 4203).

Deux patients parlent de ce thème par le biais de la **connaissance de soi** : « meilleure connaissance de moi-même » (103 8470) ; « comprendre les conséquences de mes prises de poids » (255 3776).

Une patiente aborde la **valorisation** de soi : « me sentir grande » (102 3772) et une personne aborde la notion de «prendre soin de soi» : « écoute, prendre du temps pour moi » (255 3776).

- *en T2*

Sept patients (24%) abordent ce thème spontanément. Trois patients témoignent de la **confiance en soi** : « avoir confiance en moi-même » : (263 9392) ; « confiance en moi, prise

de conscience que je suis moi et que je dois me traiter avec plus d'indulgence » (102 4203) ; « beaucoup de confiance en soi » (243 2815).

Trois personnes abordent ce thème sous l'angle de la **connaissance de soi** : « meilleure connaissance de moi-même » (100 4495) ; « écoute et apprentissage de soi » (111 1691) ; « comprendre ou déchiffrer le bouleversement à l'intérieur de moi, le pourquoi » (417 53).

Et une personne parle du **respect de soi** : « respect de soi (corps-esprit) » (232 1177).

- *en comparatif T1-T2*

Treize patients (45%) témoignent d'une amélioration de l'estime de soi en lien avec la prise en charge à médiation corporelle notamment sous la forme de la confiance en soi et la connaissance de soi.

2. 2. 5. Les états psychiques et émotionnels

- *en T1*

Quatorze patients témoignent spontanément autour de ce thème. Six patients témoignent d'une **détente** plus ou moins accompagnée de **bien-être** : « détente, bien-être » (265 5535) ; « bien-être, réconfort » (102 4203) ; « bien-être » (100 4495), (258 0479) ; « me sentir bien » (269 5182) ; « détente » (252 206 2).

Sept patients abordent cette thématique sous l'angle de la **sérénité** : « calme » (102 3772) ; « plus calme, bien-être, sérénité, bienfait général » (204 2217) ; « apaisement » (216 4153) ; « Apaisement, espoir » (117 5662) ; « sensation apaisement » (264 3301) ; « sérénité » (243 2815) ; « calme, repos, apaisement dans ma tête, réfléchir dans le calme » (105 6748).

Une personne parle de la **relaxation** que lui procure les séances : « relaxation » (263 9392).

- *en T2*

Quinze patients (52%) abordent ce thème spontanément dont douze personnes qui l'avaient déjà évoqué en T1. Sept personnes témoignent de la **détente** plus ou moins accompagnée de **bien-être** que leur procure les séances : « bien-être » (232 1177), (102 4203), (234 4818), (269 5182) ; « me concentrer, me relaxer, me détendre » (263 9392) ; « bien-être immense, relaxation » (100 4495) ; « bien-être et confort » (252 206 2).

Cinq personnes témoignent de leur **sérénité** : « de la sérénité, du bien être, du calme, un temps de repos » (265 5535) ; « tranquillité » (102 3772) ; « apaisement, détente » (117 5662) ; « apaisement » (264 3301) ; « sérénité » (243 2815).

Une personne aborde ce thème sous l'angle du **réconfort** : « réconfort » (216 4153) ; une personne sous l'angle de l'**espoir** : « espoir » (103 8470) et une personne sous l'angle de la **joie** : « de la joie après la gym » (105 6748).

- *en comparatif T1-T2*

Au total, dix-sept patients (59%) abordent ce thème des états psychiques et émotionnels sous l'angle de la détente, du bien-être et de la sérénité, majoritairement.

2. 2. 6. Le rapport à la nourriture

- *en T1*

Un patient témoigne sur ce thème allant vers une plus grande **régulation du comportement alimentaire** : « le suivi alimentaire, ça me freine quand j'ai envie de grignoter, ça me pousse dans le bon sens pour éviter de me faire opérer » (263 9392).

- *en T2*

Un patient témoigne de bénéfice sur son **hygiène de vie** : « conseils bénéfiques à hygiène de vie » (243 2815).

- *en comparatif T1-T2*

Deux patients (7%) témoignent d'un changement de leur rapport à la nourriture à partir de l'accompagnement à médiation corporelle.

2. 2. 7. Synthèse de l'apport du suivi à médiation corporelle pour les patients du groupe 2

Nous notons que les principaux apports de l'approche à médiation corporelle, pour les patients du groupe 2, indépendamment du temps, s'adressent majoritairement à l'évolution du rapport à leur corps (76%), sous la forme de la connaissance du corps, de l'acceptation et du respect du corps et de la reconnexion avec le corps notamment. Ils s'adressent aussi à la détente, au bien-être et à la sérénité, (59%) et de manière moins importante à l'estime de soi (45%), à l'adaptation au stress (41%).

Chapitre III : Discussion et conclusion des résultats de l'analyse mixte et des données d'enquête sur la pratique des infirmières cliniciennes

A ce stade de la recherche, il nous semble important de rappeler notre question de recherche : « *Quels sont les apports de deux pratiques à médiation corporelle, réalisées par des infirmières cliniciennes, sur la relation à soi des patients obèses suivis au sein du service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand ?* ». Nous sommes maintenant en mesure d'apporter un éclairage sur cette question de recherche ainsi que sur les objectifs opérationnels qui visent à mieux comprendre la pertinence d'introduire les pratiques d'infirmière clinicienne qui proposent les approches de relation d'aide à médiation corporelle dans la prise en charge du patient obèse suivi en service de Nutrition Clinique, à identifier et à évaluer les apports des deux pratiques d'infirmière clinicienne au sein dans la prise en charge multidisciplinaire proposée en service de Nutrition Clinique.

Nous abordons dans ce chapitre, différentes natures de discussion. La première reprend les données apparues dans l'analyse par corrélation et montre la pertinence d'inclure dans la prise en charge des patients obèses, la relation à soi et la médiation corporelle. La seconde relève la différence de résultats entre l'analyse par régression et l'analyse qualitative de l'étude des dossiers-patients. La troisième relève la pertinence du questionnaire de recherche pour recueillir des vécus expérimentiels. La quatrième traite des résultats de l'analyse qualitative des données textuelles et met en contraste les données qui apparaissent entre les résultats de l'analyse par régression et les résultats de l'analyse qualitative des données textuelles.

1. Discussion autour de l'analyse par corrélation

Nous constatons qu'il y a une pertinence à proposer une prise en charge à médiation corporelle pour les personnes obèses. Les résultats qui apparaissent lors de cette analyse par corrélation montrent une réelle contribution scientifique de notre recherche, dans la mesure où ils éclairent les théories et notions qui ont été développées dans le champ théorique. L'analyse

par corrélation montre de façon significative qu'il y a une inter-influence entre le comportement alimentaire, l'image du corps, la satisfaction corporelle, la perception corporelle et l'estime de soi.

2. Discussion autour des résultats de l'analyse par régression et de l'analyse qualitative de l'étude des dossiers-patients

L'analyse par régression montre que la pratique des infirmières cliniciennes ne donne pas le résultat que nous étions en droit d'attendre au regard de l'analyse des effets des pratiques à médiation corporelle portant sur 18 dossiers-patients³⁴ et que nous avons mené au préalable de cette recherche pour en montrer la faisabilité. En effet, cette première analyse s'appuyant sur une démarche qualitative révélait un certain nombre d'apports prometteurs dont :

- une détente physique et psychique pour les 18 patients (100%) ;
- une remobilisation des patients pour leur santé, pour leur corps, pour leur rapport à l'alimentation pour 14 des 18 patients (78%) ;
- une amélioration de l'estime de soi pour 13 des 18 patients (72%) : confiance, connaissance et valorisation de soi ;
- une diminution de leur stress pour 12 des 18 patients (66%) : diminution des angoisses, des cauchemars, de la peur de perdre du poids ;
- leur rapport à la nourriture pour 10 patients sur 18 (56%) : baisse des crises de boulimie, de compulsion ou de grignotage, meilleure perception de signes pré-compulsifs ou de situations "à risque", diminution du rythme de la prise alimentaire, des pensées liées à la nourriture, amélioration du rapport à la nourriture.
- 10 patients sur 18 (56%) mentionnent un rapport au corps agréable (souplesse, légèreté, liberté).

L'écart entre les résultats de l'analyse qualitative des dossiers et l'analyse quantitative des données du questionnaire peut probablement s'expliquer par le fait que le nombre de séances à médiation corporelle est inférieur pour les participants répondant au questionnaire (5 en moyenne - sur un temps de 6 mois - pour l'étude de dossiers et 3 en moyenne - sur un temps de 6 mois - pour les répondants au questionnaire) et par le fait que la méthode de recueil de données était différente. Pour l'un, il s'agissait d'un entretien qui avait la vocation de recueillir des informations propres à l'expérience vécue et pour l'autre un questionnaire auto-

³⁴ Présentée dans le chapitre de méthodologie, connaissance des patients et de leur vécu des séances

administré construit pour les besoins de cette recherche en s'appuyant sur des questionnaires validés, plus généraux et non ciblés sur l'expérience vécue de la médiation corporelle. Au vue des résultats, l'entretien et l'analyse qualitative semble plus adaptés pour recueillir le vécu singulier des personnes obèses.

3. Discussion autour de la pertinence du questionnaire pour recueillir des vécus expérientiels de la relation à soi

Les données issues de l'analyse par régression ont mis en évidence des effets l'observance, de manière significative, on note une meilleure observance pour les groupes 1 et 2 par rapport au groupe 3 (témoin). On constate également une stabilisation de l'estime de soi pour les groupes 1 et 2 par rapport au groupe 3, une amélioration des stratégies de coping et enfin une meilleure qualité de vie liée aux loisirs.

Au delà de ces résultats positifs, nous avons été interpellés par l'absence d'amélioration significative sur la qualité de vie liée à la gêne physique et, le plus surprenant, il n'a pas mis en évidence de changement sur la perception corporelle, la satisfaction corporelle et l'image du corps.

Ce constat nous interpelle d'autant qu'il vient en contradiction avec les résultats obtenus dans l'analyse qualitative des données textuelles de la recherche que nous reprendrons plus tard dans le déploiement de cette discussion. D'emblée, nous pouvons dégager un ensemble de données qui sont susceptibles d'éclairer cette apparente contradiction. En effet, le questionnaire, dont certaines questions évoquent le rapport au corps, sollicite ce que « la personne pense de son corps », restant dans le domaine de la représentation corporelle, de l'image du corps. Le corps est ici entrevu dans son extériorité, comme « enveloppe », soumis à son propre regard et au regard d'autrui chez des personnes qui ont une appréciation défaillante de leur corps.

Nous remarquons que les questions renvoient la personne au cœur de cette défaillance en mettant en avant les dimensions négatives du corps : « corps inutile », « corps fragile », « corps caché », « corps contrôle ». Il n'est donc pas étonnant qu'une moyenne de trois séances (de relation d'aide à médiation corporelle - entre T1 et T2) ne parvienne pas à changer l'appréciation de ces dimensions bien ancrées chez les patients obèses. En effet, la défaillance de l'image corporelle est omniprésente chez la personne obèse et ne peut probablement pas se réguler dans un délai aussi bref. Rappelons que, même avec la perte de

poids, la défaillance de l'image corporelle persiste, ce qui favorise la reprise de poids comme nous l'avons vu dans le champ théorique.

Au delà de ces arguments, il reste que la médiation corporelle s'adresse d'avantage au « comment la personne ressent son corps » ou « se ressent dans son corps ». Cette nuance est d'importance car elle est peu sollicitée dans la formulation des questions sur le rapport au corps. Cela permet, sans doute, de mieux comprendre l'absence de résultats sur la perception corporelle qui est d'avantage tournée vers l'intériorité vécue du corps, vers la relation à soi comprenant le concept de soi et le sentiment de l'existence.

Pour ces différentes raisons, la prise en charge à médiation corporelle aurait mérité d'être étudiée sur un plus grand nombre de séances, réalisées de façon plus rapprochées et dans un délai plus long pour permettre aux patients de se familiariser avec un rapport au corps plus intériorisé et pour donner probablement des résultats plus significatifs concernant la question du rapport au corps.

4. Discussion autour des résultats de l'analyse qualitative des données textuelles et mise en contraste des données quantitatives et qualitatives

Les données qualitatives ont été recueillies à partir de deux questions ouvertes (n°58 et n°59) située dans le prolongement du questionnaire auto-administré. Les deux questions ouvertes ne comportaient pas de consigne concernant la relation à soi et la médiation corporelle. L'analyse qualitative des données textuelles porte sur le témoignage spontané des soixante-quinze participants à la recherche. Nous constatons que les dix-huit participants du groupe 3 (groupe témoin) n'ont pas abordé le rapport au corps alors que spontanément, quatre personnes des groupes 1 et 2 témoignent de la thématique de l'évolution de la relation à soi sous l'angle de la reconnexion avec le corps, du respect au corps, de la découverte et de l'écoute du corps à la question n°58 (question générale sur les apports du suivi dans le service de Nutrition Clinique).

Le matériau de recherche recueilli par les deux questions ouvertes s'est avéré peu conséquent, néanmoins en procédant à une analyse phénoménologique cas par cas nous avons pu dégager un certain nombre de données qui nous éclaire sur la relation à soi et ses apports éventuels les problématiques de vie des personnes obèses.

La question n°59 :

Cette question est susceptible de nous éclairer sur l'apport du suivi par l'infirmière clinicienne dans le service de Nutrition Clinique : « Je suis suivi(e) par une infirmière clinicienne, cela m'apporte... »

Sur la base de ces données, nous pouvons mettre en relief les différents apports des deux pratiques à médiation corporelle et croiser les données qualitatives et quantitatives sur le rapport au corps, l'appréciation du suivi et de l'accompagnement, le coping et les ressources motivationnelles, l'estime de soi, les états psychiques et émotionnels, le rapport à la nourriture. Rappelons que ces indicateurs de la relation à soi sont des catégories émergentes qui sont apparues au contact des données textuelles.

Rapport au corps :

Pour le groupe 1, sept personnes (25%) témoignent du bien-être corporel, de retrouvaille avec le corps et d'une prise de conscience du corps. Ces personnes témoignent d'un gain dans leur rapport au corps et parlent d'acceptation du corps, de sensation agréable, d'une écoute du corps.

Pour le groupe 2, quatorze personnes sur vingt neuf, soit 48% parlent de l'évolution de leur rapport au corps en des termes de caractère inédit de la découverte du corps, d'acceptation et du respect du corps, de reconnexion avec le corps, d'apprentissage de la connaissance du corps et du lien intime retrouvé entre le corps et l'esprit.

Ces données qualitatives donnent une amplitude de données qui fait défaut à l'analyse quantitative. Nous constatons que cette méthode d'enquête permet d'accéder en profondeur à l'arrière scène du vécu des personnes obèses. On note une progression réelle entre T1 et T2 dans les deux pratiques qui montre qu'il est possible, même en trois séances, de modifier non pas l'image que la personne a d'elle-même, ni sa représentation du corps, mais sa relation à elle-même en conformité avec le concept de la relation à soi, entraînant dans son sillage le sentiment d'existence organique. Notons, et cela est important, l'absence de données sur le corps du groupe 3, ce qui par comparaison donne une valeur à la médiation corporelle.

Appréciation du suivi et de l'accompagnement :

En ce qui concerne l'appréciation du suivi et de l'accompagnement, pour le groupe 1, huit patients (29%) témoignent de la qualité du suivi par l'approche à médiation corporelle, ils parlent d'une qualité d'écoute, de soutien, de compréhension et de réconfort. L'une d'entre elle fait mention d'une amélioration de son observance en lien avec la médiation corporelle.

Pour le groupe 2, huit patients (28%) témoignent des mêmes qualités d'écoute et de soutien. L'analyse qualitative nous donne accès à des données qui n'apparaissent pas dans l'analyse statistique qui reste froide et à distance du vécu des patients. Nous constatons qu'un suivi dans un milieu hospitalier met en scène une part relationnelle subjective importante qui contribue très certainement à respecter l'observance des rendez-vous. En effet, dans l'analyse statistique est apparue une fidélisation des patients des groupes 1 et 2 par rapport au groupe 3. Notons que les patients observants du groupe 3 décrivent aussi une qualité de suivi et d'écoute des professionnels du service qu'ils consultent.

Coping et ressources motivationnelles :

Pour le groupe 1, neuf patients (32%) témoignent autour de l'impact de la médiation corporelle sur le coping et les ressources motivationnelles, en terme de meilleure gestion du stress, de mobilisation motivationnelle, de retour de l'espoir. Pour le groupe 2, nous retrouvons également le témoignage de sept patients (24%) qui reprennent les mêmes thématiques.

Nous retrouvons une convergence avec les résultats de l'analyse par régression, où chez les trois groupes, la tendance va vers une diminution du coping centré sur l'émotion et une amélioration du coping centré sur le problème.

Estime de soi :

Pour le groupe 1, sept patients (25%) abordent des changements de leur estime de soi en lien avec la médiation corporelle sur des critères de retour à la confiance en soi et de satisfaction de soi. Pour le groupe 2, sept patients (24%) témoignent d'une amélioration de l'estime de soi en lien avec la médiation corporelle sur des critères de meilleure connaissance de soi, de valorisation de soi, de confiance en soi et de respect de soi. Ces données qualitatives ne sont pas confirmées par l'analyse par régression puisque celle-ci montre une estime de soi stabilisée pour ces mêmes patients entre T1 et T2. On note qu'aucun patient du groupe 3 ne donne de critères en faveur d'une amélioration de l'estime de soi.

Etats psychiques et émotionnels :

Pour le groupe 1, seize patients (57%) sur vingt-huit indiquent une sensation de détente (10) et bien-être (7). Pour le groupe 2, quinze patients sur vingt-neuf (52%) abordent ce thème sous l'angle de détente (7), de sérénité (5), du réconfort (1), d'espoir (1) et de joie (1). Nous constatons que ces différents états entraînent un apaisement qui semblent aidant pour gérer le

stress. L'analyse quantitative ne donne aucune information à propos des états psychiques et émotionnels. Nous pouvons présager que ces états influencent les stratégies de coping.

Rapport à la nourriture :

Pour le groupe 1, quatre personnes (14%) font explicitement le lien entre le vécu de la médiation corporelle et le comportement alimentaire. Pour le groupe 2, deux personnes (7%) témoignent soit d'une régulation du comportement alimentaire, soit d'un bénéfice sur l'hygiène de vie. Le résultat est assez proche de ce qui est apparu dans l'analyse quantitative où aucune amélioration significative n'apparaît chez les 3 groupes au niveau du comportement alimentaire.

Comparatif des pratiques des infirmières cliniciennes (groupe 1 et 2) et du groupe contrôle (groupe 3)

Rappelons que spontanément, à la question 58 qui aborde les apports généraux du suivi dans le service de Nutrition Clinique. « Le suivi dans le service de Nutrition Clinique m'apporte ... ».

Rapport au corps :

Trois patients (5%) appartenant aux groupes 1 et 2 abordent la thématique de la relation au corps tandis que le groupe 3 n'aborde pas le corps. Ce pourcentage n'est pas important mais il signe tout de même une attention posée sur le corps par ces patients qui montre l'importance de la médiation corporelle dans leur parcours de soin.

Appréciation du suivi et de l'accompagnement :

Nous retrouvons une appréciation positive chez les 3 groupes avec des termes plus ou moins similaires : écoute, soutien, réconfort, confiance, aide et conseils. Cependant, le groupe 3 insiste d'avantage sur le soutien dans le projet, les conseils d'hygiène de vie, sur les réponses à leurs questions et enfin sur l'orientation à suivre.

Coping et des ressources motivationnelles :

Pour le groupe 3, quatre patients sur 18 (22%), témoignent d'une motivation restaurée, tandis que neuf patients sur 57 (16%) pour les groupes 1 et 2.

Estime de soi :

Aucun patient n'aborde ce thème pour le groupe 3 alors que onze patients (19%) en témoignent pour les groupes 1 et 2 réunis.

Etats psychiques et émotionnels :

Nous trouvons une différence chez le groupe 3, la notion de mieux-être est abordée par une personne (6%), alors que neuf patients (16%) témoignent de bien-être, détente, sérénité pour les groupes 1 et 2.

Rapport à la nourriture :

On note que dans le groupe 3, cinq patients (28%) abordent ce thème spontanément et mentionnent que la prise en charge générale permet un meilleur suivi des conseils d'hygiène alimentaire dont cinq témoignent de façon explicite un changement de leur mode alimentaire. Pour les groupes 1 et 2, treize patients, (23%) abordent ce thème, cela nous évoque que la médiation corporelle est susceptible de consolider le suivi multidisciplinaire.

Conclusion

Notre conclusion se décline en trois temps. Le premier temps est un retour à la question de recherche, le second s'adresse à la pertinence d'utiliser une méthodologie mixte, le troisième temps est un retour sur le champ théorique.

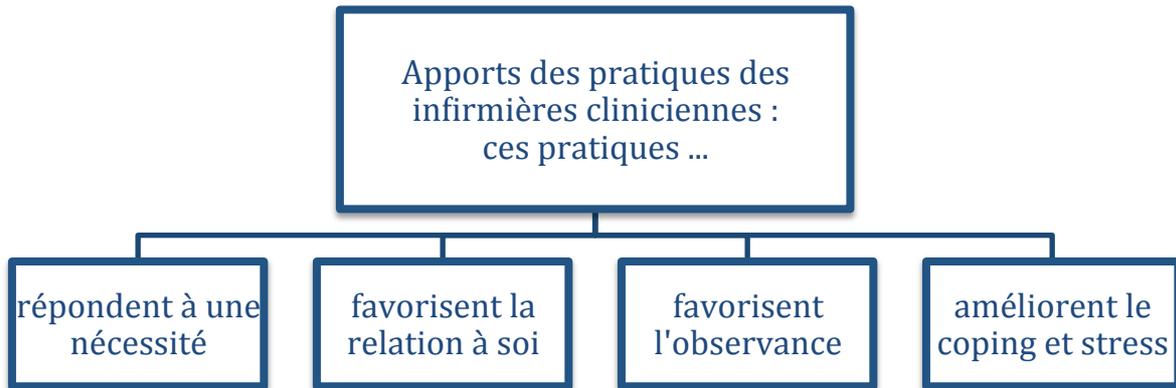
Retour à la question de recherche

Vient le moment de répondre à notre question de recherche qui rappelons-le se décline de la manière suivante : « *Quels sont les apports de deux pratiques à médiation corporelle, réalisées par des infirmières cliniciennes, sur la relation à soi des patients obèses suivis au sein du service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand ?* » et à nos objectifs opérationnels :

- Améliorer la connaissance de la pratique de l'infirmière clinicienne dans la prise en charge de la personne obèse, suivie en service de Nutrition Clinique
- Identifier les caractéristiques de chacune des pratiques d'infirmière clinicienne afin de mieux comprendre les intérêts de chacune d'elle et ainsi d'améliorer la prise en charge des patients
- Spécifier les apports des pratiques de relation d'aide à médiation corporelle, des infirmières cliniciennes, sur la relation à soi et dans la prise en charge des patients obèses, suivis en service de Nutrition Clinique

Cette recherche sur la base de trois analyses, une quantitative et deux qualitatives, permet de dégager quatre natures d'apport de la médiation corporelle dans la prise en charge de la personne obèse. Nous faisons le choix de ne pas privilégier une analyse par rapport à une autre.

Graphique n° 25 : Apports de la médiation corporelle dans la prise en charge du patient souffrant d'obésité



- Le premier apport montre que l'introduction de la médiation corporelle de la prise en charge multidisciplinaire des personnes souffrant d'obésité répond à une nécessité. En effet, l'analyse par corrélation montre de façon significative qu'il y a une inter-influence des indicateurs et des satellites de la relation à soi à savoir l'image du corps, la satisfaction corporelle, la perception corporelle et l'estime de soi sur le comportement alimentaire. Cette inter-influence est majorée par rapport à un public tout-venant. Ce résultat confirme les recherches retrouvées dans la littérature spécialisée que nous avons présentées dans le champ théorique.

- Le second apport concerne la relation à soi qui semble être le point d'ancrage de l'amélioration de l'estime de soi et du rapport au corps tels que nous les avons développés dans le champ théorique. Cette nature d'apport n'apparaît pas dans la recherche quantitative. Cependant, la recherche qualitative révèle un apport significatif sur la relation à soi et ses indicateurs (l'estime de soi, le rapport au corps).

La première analyse qualitative repose sur l'étude des dix-huit dossiers-patients, où apparaît une détente physique et psychique pour 100% des participants, une amélioration de l'estime de soi pour 72% des participants et un rapport agréable à leur corps pour 56%.

La seconde analyse qualitative des données textuelles met en relief des différences entre les 2 groupes qui ont suivi la médiation corporelle et le groupe témoin (3) qui n'a pas bénéficié de cette médiation. Ainsi, par exemple, aucun patient du groupe témoin ne mentionne ce thème alors que 19% témoignent d'une amélioration de l'estime de soi pour les groupes 1 et 2 ensemble. On note également une amélioration du rapport au corps due à la médiation corporelle, 37% des patients des groupes 1 et 2 réunis en témoignent alors qu'aucun n'aborde ce thème dans le groupe témoin. Le résultat concernant le rapport au corps n'apparaît pas dans

l'analyse quantitative, probablement pour les raisons que nous avons évoquées précédemment. A noter toutefois que l'amélioration du rapport au corps ne semble pas avoir un impact sur l'image du corps, la représentation du corps si l'on se réfère à l'analyse quantitative. Et enfin, 54% des patients des groupes 1 et 2 réunis témoignent d'une détente physique et psychique alors qu'un seul patient en témoigne pour le groupe 3. Là encore, cette détente ne semble pas avoir eu une incidence sur la satisfaction corporelle et l'écart entre la représentation du corps perçu et du corps idéal telle qu'elle est formulée dans le questionnaire.

- Le troisième apport concerne l'effet de fidélisation des patients correspondant à l'observance thérapeutique. Nous avons observé, avant toute analyse statistique, qu'il y a une « perte » de patients à T2 de 16% pour le groupe 1 ; de 12% pour le groupe 2 ; de 45% pour le groupe 3. Ce résultat est important car « *Selon un rapport de l'OMS publié en 2003, résoudre le problème de non-observance thérapeutique (non adhérence dans le vocabulaire anglo-saxon) représente un progrès plus important que n'importe quelle découverte biomédicale !* » (Reach, 2006, p.411). Il nous semble important de préciser ici que l'observance repose dans ce cas sur le respect des rendez-vous prévus avec les professionnels du service de Nutrition Clinique. Cet aspect de fidélisation des patients m'a été confirmé lors d'une discussion avec N. Farigon, médecin dans le service, lors des Journées Francophones de Nutrition 2014, il me disait : « *C'est vrai que nous avons pu observer que les patients suivis par les infirmières cliniciennes respectent globalement plus leur rendez-vous avec tous les professionnels du service.* » (comm pers). Cet apport de la prise en charge à médiation corporelle pour le patient obèse est important car il est aussi courant de dire que l'obésité n'est que le reflet de la non-observance, de la non-maîtrise, de l'absence de volonté comme nous l'avons vu dans le champ théorique.-

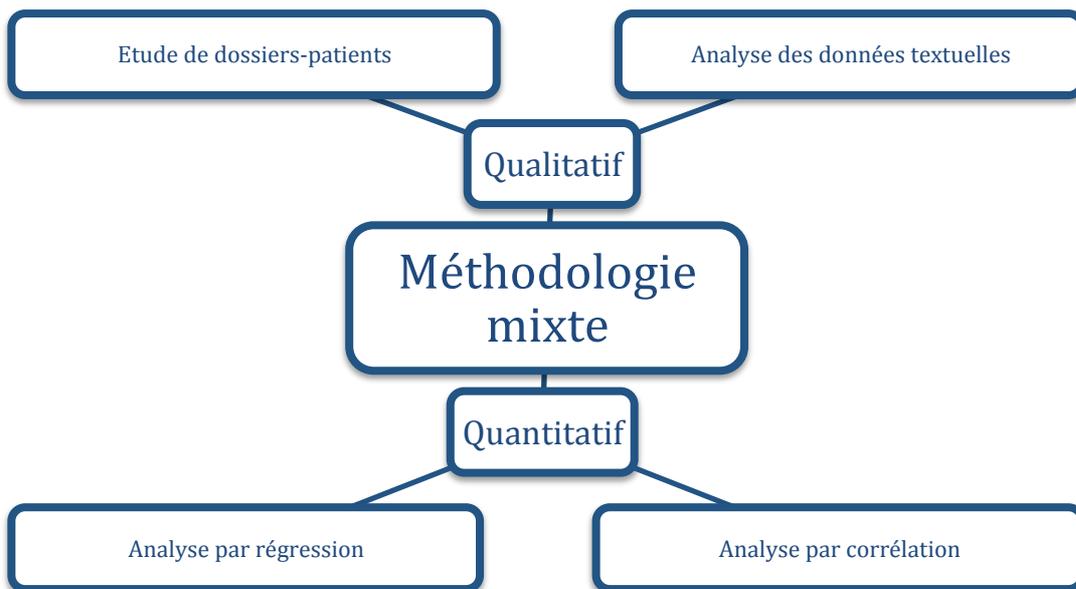
- Le quatrième apport concerne le coping et le stress. Cet apport est significatif dans la recherche quantitative, puisque nous notons un passage des stratégies d'adaptation au stress centré sur l'émotion aux stratégies centrées sur le problème pour les patients suivis en médiation corporelle, groupe 1 et 2. Cette amélioration ne se retrouve pas pour le groupe 3 au niveau de l'analyse quantitative. Nous notons des résultats assez proches dans l'analyse qualitative des dix-huit dossiers-patients puisqu'il est clairement noté une diminution du stress pour 66% pour ces patients et ce phénomène se retrouve notamment au niveau de la diminution des angoisses, des cauchemars et de la peur de perdre du poids.

L'analyse qualitative des données textuelles va dans le sens des deux autres analyses puisque 28% des personnes suivies en médiation corporelle témoignent d'une amélioration dans les stratégies de coping et 22% en témoignent pour le groupe 3.

En conclusion, et eu égard aux résultats des analyses, il semblerait que les pratiques d'infirmière clinicienne génèrent quatre apports supplémentaires à la prise en charge des patients obèses et qui apparaissent notamment sous l'éclairage de la méthodologie mixte déployée dans cette recherche.

Retour à la pertinence de la méthodologie mixte

Graphique n° 26 : Synthèse de la méthodologie utilisée



Nous avons été confronté à un résultat de l'analyse quantitative peu significatif concernant les apports de la médiation corporelle. Ce constat n'est pas propre à notre recherche et pour éviter cet écueil, certains auteurs dont I. Mac Dowell et L. Mac Lean (1998) préconisent de : « mélanger les approches quantitatives et qualitatives pour tirer avantage des points forts de l'une afin de compenser les limitations connues de l'autre dans un contexte particulier » (p.15). Selon A. Kania et al. (2008), cette posture se retrouve de plus en plus souvent dans le domaine de la recherche en santé car, elle est plus particulièrement adaptée à l'étude des phénomènes complexes. Dans le cadre de recherche du laboratoire CERAP, nous avons

déployé une réflexion autour de l'intérêt de mener simultanément une recherche qualitative et quantitative.

P. Rosier (2013), chercheur au CERAP, mentionne dans sa thèse de doctorat, qui avait pour objectif d'étudier les phénomènes complexes du vécu des sportifs de haut niveau au contact d'un toucher manuel de relation, la pertinence de l'utilisation de la méthodologie mixte : « *Le modèle de la stratégie simultanée triangulaire dont l'objectif est de confirmer, de renforcer, ou de valider les résultats de l'autre méthodologie s'est avéré pertinent pour ma recherche. Les points faibles d'une méthodologie ont été pris en charge par l'autre méthodologie.* » (p. 354). Dans cette dynamique de recherche, P. Rosier souligne, que la méthodologie de recherche qualitative a permis d'obtenir une compréhension plus large, plus fine et plus complète de l'expérience rapportée par les participants à sa recherche que l'analyse statistique : « *étant donné l'objet de cette recherche, il était impossible de faire l'économie d'une démarche qualitative.* » (p.354), dans la mesure où « *l'analyse qualitative nous donne accès à des données subjectives et singulières qui ne sont pas prises en compte par la démarche quantitative dont ce n'est pas la vocation.* » (p.358).

C. Dupuis (à paraître), chercheur au CERAP, dans une publication à paraître dans la revue « Recherches Qualitatives » préconise de s'appuyer sur une méthodologie mixte pour étudier les contenus de vécus corporels chez les personnes souffrant de fibromyalgie : « *L'intérêt de l'approche mixte peut ainsi être envisagé comme confirmatoire, dans les zones de recoupement des résultats, ou au contraire, contradictoire dans les zones de friction.* » (à paraître). Tout comme P. Rosier, il constate que les données qualitatives sont plus riches et donnent plus d'amplitude à la recherche que l'analyse quantitative qui répond à d'autres critères.

Sur la base de ces différents constats, il est apparu pertinent de mener une analyse qualitative d'inspiration phénoménologique des données textuelles simultanément à l'analyse statistique et de l'étude des dossiers-patients sans lesquelles nous n'aurions pas pu dégager l'arrière-scène des apports de la médiation corporelle dans la prise en charge des patients obèses.

Retour au champ théorique

Nous avons tout au long de notre dynamique de recherche fait des liens et des ponts avec le champ théorique quand cela nous est apparu nécessaire. Nous avons situé préférentiellement notre recherche sur la personne souffrant d'obésité plutôt que sur l'obésité car au delà du poids, il y a une stigmatisation et un rejet des personnes obèses dans notre société, qui affecte

profondément la personne. Dans cette dynamique, nous avons, dans le champ théorique, abordé les problématiques de vie rencontrées par les personnes obèses sous l'angle de la relation à soi, où la perte de l'estime de soi, le rôle des comparaisons sociales, le stress et les stratégies d'adaptation des patients affectent la qualité de vie des personnes obèses.

Nous avons relevé les conditions de la réussite thérapeutique dans la prise en charge des patients obèses. Ainsi, il apparaît clairement que les pratiques à médiation corporelle se retrouvent totalement dans ces conditions. Nous avons vu que la qualité de la relation soignant-soigné est très souvent évoquée par les patients et il est clair que cela rejoint le thème de l'alliance thérapeutique que nous avons présenté. Les propositions à médiation corporelle s'inscrivent totalement dans le projet de changement du rapport au corps et à soi, projet réaliste et réalisable, conditions de la réussite thérapeutique eux-aussi.

En consultant la littérature spécialisée, nous constatons que bien que le corps soit au centre de l'obésité, très peu de propositions thérapeutiques incluent un travail spécifique sur le rapport au corps, même si nous retrouvons dans la littérature des approches qui s'adressent au corps par le biais d'exercices physiques.

C'est devant le manque de recherche sur un travail sur la relation à soi ou la relation au corps chez la personne obèse, que nous avons décidé de mener une recherche sur les apports de la médiation corporelle qui optimise le rapport au corps et la relation à soi.

Cette recherche apporte un regard nouveau sur l'importance de la prise en charge de l'infirmière clinicienne sur la base d'une médiation corporelle qui vise à optimiser la relation à soi. Cette démarche s'avère être un apport non négligeable dans la prise en charge de la personne obèse comme tendent à le montrer les résultats de la recherche.

Limites de la recherche

D'un point de vue méthodologique, la construction du questionnaire, bien que nous ayons effectué des tests de fiabilité, s'est avéré peu opérationnelle pour évaluer le rapport au corps et la relation à soi dans leurs dimensions subjective et singulière. A notre décharge, nous avons été confronté à une absence de questionnaires validés pour la population des patients obèses, nous avons donc fait le choix de reformuler et de mixer les différents questionnaires qui concernaient les problématiques de vie des personnes obèses telles que l'estime de soi, l'adaptation au stress, la qualité de vie, etc...

Comme nous l'avons mentionné dans le corps de la thèse, le nombre de séances à médiation corporelle n'était probablement pas suffisant, seulement trois en moyenne en six mois, pour avoir une lecture représentative d'un accompagnement à médiation corporelle plus probant sur la relation à soi et ses satellites. Je me suis trouvée face à un impératif temporel propre au doctorat, en raison du délai court de trois ans, qui nous était imposé par l'Université Fernando Pessoa.

Au niveau du champ théorique, celui-ci aurait mérité d'être probablement plus exhaustif. Nous avons fait le choix de circonscrire notre revue de littérature aux problématiques touchant plus spécialement la relation à soi et la dimension corporelle de la personne obèse afin de réaliser une première argumentation sur la pertinence de s'intéresser aux corrélations entre la relation à soi, la dimension corporelle et les comportements alimentaires, les stratégies d'adaptation au stress, etc...Par ailleurs, étant dans une démarche observationnelle en santé, il a été nécessaire de prendre un temps d'observation du service de Nutrition Clinique, de faisabilité de la recherche, ces deux temps ont empiété sur le temps consacré au champ théorique.

Perspectives de la recherche

Dans l'ensemble des perspectives, quant aux prolongements et applications de ma thèse, il me semble tout d'abord qu'elle permettra aux chercheurs qui s'intéressent à l'obésité de trouver une méthodologie qui allie une démarche de recherche mixte, qui s'est avérée relativement pertinente. Il est apparu que la personne obèse est complexe dans son mode de rapport au corps, un corps qui est le plus souvent pensé, représenté, au détriment d'un corps éprouvé et ressenti. Il nous semble que la méthodologie de recherche mixte mériterait d'être incluse dans les recherches biomédicales. Elle y a toute sa place et dans ce contexte, cette recherche de façon modeste, se veut pionnière et audacieuse malgré ses limites.

Si cette thèse a pu œuvrer à un rapprochement du paradigme biomédical avec le paradigme des sciences qualitatives, j'aurais le sentiment d'avoir apporté ma contribution scientifique, aussi modeste soit-elle.

Il nous semble, au vu des résultats, qu'il serait pertinent dans une recherche à venir d'évaluer les indicateurs de la relation à soi chez les personnes souffrant d'obésité avant toute prise en

charge à médiation corporelle et après un délai d'une année de soins, cela permettrait sans doute de mieux connaître les apports spécifiques de ces pratiques de relation d'aide à médiation corporelle.

Il nous semble important de noter ici qu'un Projet Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP) élaboré, notamment, par les infirmières cliniciennes du service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont-Ferrand, est en cours de soumission sur le thème : Sujet obèse et image corporelle. Ce projet de recherche s'inscrit totalement dans la continuité de la dynamique de recherche de cette thèse.

Et enfin, nous souhaitons que cette thèse puisse consolider le statut des infirmières cliniciennes qui, par le développement de nouvelles compétences, proposent une approche à médiation corporelle favorisant la relation à soi et offrent de nouvelles perspectives dans la prise en charge des personnes obèses dans le cadre institutionnel.

Bibliographie

- Adt, V. (2011). Le rapport des français à l'alimentation, un rôle protecteur envisageable contre le surpoids et l'obésité. *Recherche en soins infirmiers*. Vol 3. n°106. p.16-31.
- AFERO, (1998). Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France. *Cahiers de nutrition et de diététique*. Vol.33.
- Albouy, V., Godefroy, P., Lollivier, S. (2010). *Vue d'Ensemble- Conditions de vie, France, portrait social*. Edition INSEE. p.99-114.
- Allport, G.W. (1955). *Becoming : basic considerations for a psychology of personality*. New Haven, Yale University Press.
- André, C. (2005). *L'estime de soi*, *Recherche en soins infirmiers*. n°82, p.26-30.
- Andrieu, B. (2008). *Toucher, se soigner par le corps*. Collection Médecine et sciences Humaines. Clamecy : Editions Les belles lettres.
- Andrieux, S., Gaudrat, B., Mariau, F., Mulliez, E. (2014), Ces obèses qui ne mangent pas. *Obésité*. Vol 9. num2. p. 163-170.
- Appart, A., Tordeurs, D., Reynaert, C. (2007), La prise en charge du patient obèse : aspects psychologiques, *Louvain Médical*, 126, 5 : p.153-159
- Apfeldorfer, G. (2008). Le corps comme icône en souffrance, *Corps*, 2008/1, n°4, p. 71-78
- Apfeldorfer, G. (2009). De manque de capital-minceur en faute esthétique, le corps de l'obèse est une honte, *Autrement « Mutations »*, p. 136-149
- Apfeldorfer, G. (2011). Arthur, où as tu mis le corps ?. *Communication : Week-end d'étude Lille*. 11-2011.
- Apfeldorfer, G., Zermati, J.P. (2004), La restriction cognitive face à l'obésité. Histoire des idées, description clinique. *La presse médicale*. 2001. 30. Vol 32. p. 1575-1580.
- Austry, D. (2006). *Le touchant touché - Exploration phénoménologique du toucher thérapeutique*. Colloque Phénoménologie(s) de l'expérience corporelle. Clermont-Ferrand, nov. 2006. URL : <http://www.cerap.org>
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 41. p.633-646.
- Bakke, A.C., Purtzer, M.Z., Newton, P. (2002). The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well – being d'immune function in patients with prior breast cancer. *Journal Psychosomatic Research*. 53. p.1131-1137.
- Basdevant, A. (2008). L'impact économique de l'obésité. *Les Tribunes de la santé* 4. n° 21, p.

57-64.

- Basdevant, A. (2009). Plan d'action : obésité-établissements de soin, *Rapport au gouvernement*, Paris
- Bardia, A., Barton, D.L., Prokop, L.J. (2006). Efficacy of complementary and alternative medicine therapies in relieving cancer pain : a systematic review. *Journal Clin Oncology*. 24. p. 5457-5464.
- Barthassat, V., Lager, G., Golay, A. (2008). *Représentations, comportements et obésité*, Revue médicale Suisse, 2008-4, p. 848-853
- Bégout, B. (1995). *Maine de Biran, la vie intérieure*, Paris : Payot et Rivages.
- Benson, H. (1997). The relaxation response : therapeutics effects. in *Science*. 278. p.1694-1695.
- Benkemoun, S. (2013), Corps stigmatisé, corps nié, *Congrès du GROS - 2012, « Parole au corps : de l'excès à l'absence »*
- Berger, E. (2009). *Rapport au corps et création de sens en formation d'adultes*, Thèse de doctorat, Université Paris 8-Vincennes –Saint Denis, école doctorale 401 en sciences sociales.
- Berghmans, C., Tarquinio, C. (2009), *Comprendre et pratiquer les nouvelles psychothérapies*. Paris : Inter-éditions-Dunod.
- Bernstein, A.M., Bar, J., Ehrman, J.P., Golubic, M., Roizen, M.F. (2014). Yoga in the management of overweight and obesity. *Lifestyle Med*. 8. p.33-41.
- Bertrand, I., Bois, D., Fedor, M.C., Leyssene-Ouvrard C., Boirie, Y. (soumis). Evaluation of body centered educational approaches in the management of obese patients. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*.
- Bertrand, I., Bois, D., Font, H., Hiriart-Durruty, M. (à paraître), Questionnaire de recherche sur la relation à soi de la personne obèse – méthodologie de construction du questionnaire et tests statistiques. revue *Réciprocités*.
- de Biran, M. (1812). *Essai sur les fondements de la psychologie*. édité par FCT Moore, in Azouzi, Œuvres t.VII, Paris, Vrin, 2001.
- Blanchon, C. (2006). *Le toucher relationnel au cœur des soins*. Paris : Editions Elsevier.
- Boirie, Y. (2013). Compte rendu de rencontre entre le médecin, les infirmières cliniciennes et moi-même, *Littérature grise*, avril 2013.
- Bois, D. (2005). *Corps sensible et transformation des représentations : propositions pour un modèle perceptivo-cognitif de la formation*. Tesina en didactique et organisation des institutions éducatives. Séville : Université de Séville.

- Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte : vers un accompagnement perceptivo cognitif à médiation du corps sensible*. Thèse de Doctorat Européen, Université de Séville. Département didactique et organisation des institutions éducatives, sous la direction d'Antonio Morales et d'Isabel López Górriz.
- Bois, D. (2009). L'advenir, à la croisée des temporalités : analyse biographique du processus d'émergence du concept de l'advenir. *Réciprocités*. CERAP. pp. 6-15.
- Bois D., Austry D. (2007). Vers l'émergence du paradigme du Sensible, *Réciprocités*, CERAP, p. 6-22.
- Bois, D., Bourhis, H. (2010). La mobilisation introspective du Sensible, un mode opératoire visant l'enrichissement perceptif, la saisie et la mise en sens de la subjectivité corporelle, *revue Réciprocités*. CERAP. www.cerpa.org. p. 6-12.
- Bois, D., Josso, M.C., Humpich, M. (2008). *Sujeito sensível e renovação do eu, as contribuições da Fasciaterapia e de Somato-psicopedagogia*, São Paulo : Centro Universitário São Camilo.
- Bonneton-Tabariès F. & Lambert-Libert, A. (2006). *Le toucher dans la relation soignant soigné*. Paris : Med-Line Éditions
- Bouchard, L. (1977). *The effects of body awareness exercise program on body concept, self concept and body composition of inactive obese and non obese young women*. Thesis of master of physical education, the University of British Columbia.
- Bouchet, V. (2015). *Accompagnement en psychopédagogie perceptive et estime de soi. recherche qualitative et quantitative auprès d'une population de personnes accompagnées en psychopédagogie perceptive*. Thèse de doctorat soumise à l'Université Fernando Pessoa. en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences Sociales, option Psychopédagogie.
- Bourhis, H. (2009). *La directivité informative dans le guidage d'une mise en sens de la subjectivité corporelle : une méthodologie pour mettre en évidence des donations de sens du corps sensible*, in *Sujet sensible et renouvellement du moi*, Ivry sur Seine : Editions Point d'appui.
- Bourhis, H. (2012). *Toucher manuel de relation sur le mode du Sensible et Intelligence sensorielle, Recherche qualitative auprès d'une population de somato-psychopédagogues*. Thèse de doctorat en Sciences de l'Éducation. Université Paris 8°. école doctorale 401 en sciences sociales, sous la direction de Jean Louis Legrand.

- Borkovec, T.D., Costello, E. (1993). *Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of consulting and clinical psychology*. 61. p.611-619.
- Bout, B. (2011). *Etat de la recherche sur l'obésité et ses perspectives en matière de prévention et de traitement*, Assemblée Nationale, Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques
- Brewis, A.A. (2014). Stigma and perpetuation of obesity. *Social Science and Medicine*. 118. p.152-158.
- Bruchon-schweitzer, M. (1990). *Une psychologie du corps*, Paris : Editions PUF.
- Bruchon-Schweitzer, M., Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris : Puf.
- Carrard, I., Reiner, M., Haenni, C., Anzules, C., Muller-Pinget, S., Golay, A. (2012). Approche psychopédagogique et art-thérapeutique de l'obésité. *EMC, Endocrinologie-Nutrition*. (3) :1-9 (article 10-506-H-20).
- Carpenito, L.J. (2003). *Manuel de diagnostics infirmiers*. Paris : Editions Masson
- Carof, S. (2014). Sociologie de la corpulence. *La vie des idées*. : Abigail C Saguy, (2013). What's wrong with Fat ?. Oxford University Press.
- Carricano, M., Poujol, F., Bertrandias, L. (2010). *Analyse de données avec SPSS*. Paris : Editions Pearson Education France.
- CAS, (2010). *Analyse : Lutte contre l'obésité : repenser les stratégies préventives en matière d'information et d'éducation*, Centre d'Analyse stratégique, La note de veille
- Charmillot, M., Lager, G., Lasserre Moutet, A., Golay, A. (2011). Comprendre l'expérience de vie des personnes obèses : un apport pour l'éducation thérapeutique du patient, *Revue médicale Suisse*, 2011/7, p.686-690
- Chilton, A. (1992). Altération de l'image corporelle, le rôle de l'infirmière. in *Salter*. Inter-Editions.
- Chaire de recherche sur l'obésité. (2005). : <http://obesite.ulaval.ca/obesite/generalites/prevalence.php>
- CNRS (2004) Obésité, syndrome de la modernité, *Le journal du CNRS*, déclaration de l'OMS
- Coleman, J.C. (1969). *Psychology and Effective Behavior*. Scott. Foresman and Company. USA. Coolican H.
- Cooley, C.H. (1902). The social self : on the varieties of self-feeling. in Gordon G. et Gergen K.J., *The self in social interaction*. Vol 1. Classic and contemporary perspectives. p.137-143. New York Wiley. 1968.

- Corbeau, JP. (2014). La construction de l'obésité. *Médecine des maladies métaboliques*. Vol 8. n°3. p. 275-278.
- Corminboeuf, Y., Giusti, V. (2014). Rôle de l'approche psychologique dans la prise en charge des patients obèses. *Revue Médicale Suisse*. vol 10. p. 686-690.
- Courraud, C. (2009). L'entretien tissulaire : une pratique de la relation d'aide en fasciathérapie. in *Sujet sensible et renouvellement du moi, les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*, Bois, Josso, Humpich. Ivry sur Seine : Edition Point d'appui. p.193-220.
- Crespelle, I. (1975). Psychopédagogie de l'expression corporelle et verbale. in *Education permanente*. N° 28. p. 31-41.
- Damasio, A. R. (1999). *Le sentiment même de soi, corps émotions, conscience*. Paris : Editions Odile Jacob.
- Desanti, R., Cardon, P. (2010). *Initiation à l'enquête sociologique*. France : Editions ASH étudiants.
- de Danne, A. (2009), Commission pour la prévention et la prise en charge de l'obésité, *Rapport au président de la république*, La Documentation Française, Paris
- Dargent, J. (2010). *Une sélection des abstracts les meilleurs ou les plus représentatifs des tendances actuelles, qui ont fait l'objet de présentations lors du congrès de l'IFSO-Monde, des 3-8 septembre 2010 à Los Angeles*, revue Obésité, 2010-6, p. 34-42
- Darmon, N. (2008). Le gradient social de l'obésité se creuse en France – Sait-on pourquoi ?. INSERM. *Unité de Recherche en Nutrition Humaine*. p. 46- 52.
- Daubresse, J.C., Cadière, G.B., Sternon, J. (2005). L'obésité chez l'adulte : mise au point et prise en charge. *Actualités thérapeutiques. Rev Med Brux*. p. 33-42.
- Dechamps, A., Gatta, B., Bourdel-Marchasson, I., Tabarin, A., Roger, P. (2009). Pilot study of a 10-week Multidisciplinary TaiChi Intervention in sedentary obese women. *Clinic Journal Sport Med*. vol 19. n°1. p. 49-53.
- Desanti, R., Cardon P. (2010). *Initiation à l'enquête sociologique*. France : ASH Editions.
- Desprats Péquignot, C. (2008). D'obésité en performances de corps. *Champ Psy*. N°51. p. 43-56.
- Duclos, G., Laporte, D., Ross, J. (2002). *L'estime de soi des adolescents*, Hôpital Sainte Justine, Montréal
- Dumet, N. (2009). Le corps obèse, Paradigme clinique des psychopathologies contemporaines. in Caroline Doucet et Jean-Luc Gaspard. *Pratiques et usages du corps dans notre modernité*. ERES « L'Ailleurs du corps ». p. 141-148.

- Duprat, E. (2009). Relation au corps sensible et image de soi. *in Sujet sensible et renouvellement du moi, les apports de la fasciathérapie et de la somatopsychopédagogie*, Bois, Josso, Humpich, Ivry sur Seine : Edition Point d'appui. p. 361-376.
- Dupuis, C. (à paraître), *Combinaison d'approches quantitatives et qualitatives pour l'évaluation des effets de la fasciathérapie méthode Danis Bois sur la douleur de patients fibromyalgiques*. soumis en septembre la revue « Recherches Qualitatives ».
- Eschalié, I. (2011). *Didactique et dialectique de la gymnastique sensorielle*, Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive, Université Fernando Pessoa (Porto)
- Eremin, O., Walker, M.B., Simpson, E., Heys, S.D., Ah-See, A.K., Hutcheon, A.W., Ogston, K.N., Sarkar, T.K., Segar, A., Walker, L.G. (2008). Immuno-modulatory effects of relaxation training and guided imagery in women with locally advanced breast cancer undergoing multimodality therapy : a randomised controlled trial, *Breast*. Feb;18(1):17-25. Epub 2008.
- Famose, J.P., Bretsh, J. (2009). *L'estime de soi controversée éducative*, Paris : PUF
- Fedor, M.C. (2004). Infirmière clinicienne, un rôle fédérateur. *Soins*. n°684. p. 46-47.
- Fedor, M.C., Leyssene-Ouvrard C. (2010). Intérêt du soutien infirmier pour soulager la souffrance des patients obèses. *La revue de l'infirmière*. n°164. p. 18-19.
- Ferragut, E. (2008). *Médiations corporelles dans la pratique des soins*, Paris : Elsevier Masson :
- Flegal, K.M., Gruabard, B.I., Williamson, D.F., Gail. M.H. (2005). Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity., *JAMA*. Apr20. 293 (15).
- Formarier, M., Jovic, L. (2009). *Les concepts de sciences infirmières* Lyon : Editions Mallet Conseil.
- Froguel, P. (2010). Quelle est la contribution génétique dans les comportements alimentaires ?. *in Traiter l'obésité et le surpoids*. Paris : Editions Odile Jacob.
- Gaté, J.P., Glaz, C. (2009). Ecriture et estime de soi *in Chemin de formation au fil du temps*. (14). p.64-72.
- Ghiglione, R., Matalon, B. (1998). *Les enquêtes sociologiques*, Paris : Editions Armand Colin,
- Gracia, M., Contreras, J. (2008). Corps gros, corps malades ? une perspective socioculturelle. *Corps*. 2008/1. n°4. p. 63-69.
- Grangeard, C. (2012). *Comprendre l'obésité, une question de personne, un problème de société*, Paris : Edition Albin Michel.

- Grangeard, C. (2013). Fabrications d'obésités. *Le journal des psychologues*. 2013-8. Vol 311. p. 14-18.
- GROS, (2006). *Propositions pour une politique de santé publique en matière d'obésité*, Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids, Paris
- Guillet, C., Masgrau, A., Boirie, Y. (2011). Is protein metabolism changed with obesity? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. Jan ;14(1):89-92.
- Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Condé sur Noireau : Editions Heures de France.
- Hahusseau, S. (2010). Les relations entre émotions et comportements alimentaires. in *Traiter l'obésité et le surpoids*. Paris : Editions Odile Jacob.
- HAS, (2011). *Surpoids et obésité de l'adulte, prise en charge médicale de premier recours*, Recommandations de Bonne Pratique, Haute Autorité de Santé, 09-2011
- Heller-Roazen, D. (2011). *Une archéologie du toucher*. Editions du Seuil. Traduction française : The Inner Touch, Archaeology of a Sensation, 2007, USA, Zone Books
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris : Inter-éditions – Masson.
- Hiéronymus, C. (2007). *L'art du Toucher*. Paris : Éditions Lanore
- Houssin, D., Glorieux, P. (2011). *Rapport de l'AERES sur l'unité : Santé publique et Maladies chroniques : Qualité de vie*, Université d'Aix-Marseille
- Index Mundi, (2015). : <http://www.indexmundi.com/g/g.aspx?v=2228&c=fr&l=fr>.
- INSEE. (2010). *La qualité de vie, France, portrait social*. www.insee.fr.
- INSERM. (2006). *Obésité, bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge*, Expertise collective, Paris : Editions INSERM
- INSERM. (2007). *Recommandations et guides au plan international*. Groupe d'expertise collective de Obésité. Vol 2. p.75-78.
- INSERM. (2008). *Activité physique, contextes et effets sur la santé. Expertise collective de l'INSERM*.
- INSERM, (2012). *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*, Kantar health, Roche, Obépi, Paris : Editions INSERM
- Jacquin, P., Levine, M. (2008). Difficultés d'observance dans les maladies chroniques à l'adolescence : comprendre pour agir, *Archives de pédiatrie*. 1. p. 89-94.
- James, W. (1924). *Précis de psychologie*. Paris : Marcel Rivière.
- James, W., (1952). *Principes of psychology*. London : Encyclopedia Britannica. vol. 53.

- Jovic, L. (1993). Différenciation entre praticien, spécialiste, expert, clinicien en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*. n°34. p.14 à 21.
- Kania, A., Porcino, A., et Vehoeuf, M. J. (2008). Value of qualitative research in the study of massage therapy. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*, 1(2) :6.
- Klein, A. (2007). Éducation et santé : approches philosophiques. *Congrès international AREF 2007* (AECSE). Strasbourg – 28 août / 31 août 2007 Symposium Sciences de l'Éducation et santé.
- Kohn, R. C. (1986). La recherche par les praticiens : l'implication comme mode de production des connaissances. *Bulletin de psychologie*, 39 (377), 817–826.
- Kureta-Vanoli, K., Menneteau, U. (2010). Comment travailler le goût ?. in *Traiter l'obésité et le surpoids*. Paris : Editions Odile Jacob.
- Laemmlin-Cencig, D. (2015). *La dimension soignante et formatrice en pédagogie perceptive*, Thèse de doctorat soumise à l'Université Fernando Pessoa, en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences Sociales, option Psychopédagogie
- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur: un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches Qualitatives, Hors Série*. (3), 28–43.
- L'Ecuyer, R. (1994). *Le développement du concept de soi, de l'enfance à la vieillesse*. Editions Les Presses de l'Université de Montréal.
- L'Ecuyer, R. (1978). *Le concept de soi*. Paris : Editions Puf.
- Le Guen, JM. (2005). *L'obésité, un nouveau mal français*. Paris : Editions Armand Colin.
- Leplège, A., Debout, C. (2007). Mesure de la qualité de vie et sciences des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*. n°88. p. 18-24.
- Leysse-Ouvrard C. (2012). Entretiens lors de la rencontre du 29/03/2012. *littérature grise*.
- McDowell, I. et MacLean, L. (1998). Blending qualitative and quantitative study methods in health services research. *Health Informatics Journal*. 4(1) :15.
- Marchand, H. (2012). Les processus de subjectivation des contenus de vécu du Sensible : étude du passage entre un vécu du corps et un vécu de soi. *Master en psychopédagogie perceptive*. Université Fernando Pessoa. Porto.
- Mead, G.H. (1934). *L'esprit, le soi et la société*. Paris : Editions PUF.
- Mendelson, M., Michalet, A.S., Flore, P., Tonini, J., Guinot, M., Bricout, V.A.,(2012). Activités physiques dans la prise en charge de l'obésité : effets bénéfiques et modalités pratiques. *Obésité*. 2012-7. p.160-168.
- Menneteau, U., Kureta-Vanoli, K. (2009). Le goût, un outil de prise en charge des patients obèses ou en surpoids. *Obésité*. 2009/4. p.120-125.

- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, (2011a). *Plan obésité 2010-2013*.
- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, (2011b). *Programme national nutrition santé 2011-2015*.
- Muzio, E. (2000). *Représentation de soi chez 7 femmes boulimiques : étude de Rorschach*. Revue Européenne de psychologie appliquée. 2000-50 n°1. p. 143-151.
- Nanda International. (2013). *Diagnostics infirmiers, définitions et classification, 2012-2014*. Elsevier Masson.
- National Institutes of Health, (2000). *The practical guide : identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adultes*. NIH Publication. n°00-4084.
- Navaron, A., Corsos, M. (2015). Le corps tombe : l'obésité massive entre cannibalisme et bistouri. *L'évolution Psychiatrique*. 80. p.632-674.
- Nottale. C. (2014). *Contenus de vécus et processus à l'œuvre dans l'introspection sensorielle sur le mode du Sensible – recherche qualitative en première personne radicale à partir d'introspections sensorielles décrites dans l'immédiateté*. Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie perceptive. Université Fernando Pessoa. Porto.
- Oppert, J.M. (2010). Activité physique, sédentarité et obésité. In Zermati, JP., et al. (2010). *Traiter l'obésité et le surpoids*. Paris : Editions Odile Jacob
- Öst, L.G., Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 38. p.777-790.
- Öst, L.G., Westling, B.E., Hellstrom, K. (1993). Applied relaxation , exposure in vivo, and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*. 31. p.383-394.
- OMS (1998). <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/>.
- OMS, (2003). *Méthodologie de la Recherche dans le domaine de la santé, Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique*. Deuxième édition, Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional du Pacifique Occidental, Manille
- OMS. (2004). Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. *Rapport du secrétariat, 57^o assemblée mondiale de la santé*. Point 12.6 de l'ordre du jour provisoire.
- OMS, (2015). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
- Petit, J.L. (1994). *Neurosciences et philosophie de l'action*. Paris : Editions Vrin.
- Poulain, JP. (2012). *Sociologie de l'obésité*. Collection sciences sociales et sociétés. Millau : Editions Presse Université de France.

- Queval, I. (2011). Éducation, santé, performance, à l'ère de la perfectibilité du corps. *Carrefour de l'éducation*. 2011/2. n°32. p. 17-30.
- Rapin, M. (2012). *Introspection sensorielle : émergence et devenir du sens, un itinéraire d'accompagnement*, Mémoire de maîtrise en étude des pratiques psychosociales, Université du Québec à Rimouski, Canada.
- Reach, G. (2006). La non-observance thérapeutique : une question complexe, un problème crucial de la médecine contemporaine. *Médecine*, Nov 2006. p. 411- 415.
- Reach, G. (2009). Non observance et addiction, deux manifestations de l'impatience. *Psychotropes*. Vol 15. Edition De Boeck Supérieur. p. 71-94.
- Réquena, Y. (2009). *Qi Gong gymnastique chinoise de santé et de longévité*. Paris : Editions Guy Tredaniel.
- Rodriguez Tomé, H. (1972) *Le moi et l'autre dans la conscience de l'adolescence*. Paris : Editions Delachaux et Niestlé
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy ; its current practice, implications and theory*. Boston : Editions Houghton Mifflin.
- Rogers, C. (1972). *Liberté pour apprendre*. Paris : Editions Dunod.
- Rogers, C. (1998). *Le développement de la personne*. Paris : Editions Dunod.
- Rogers, C. (2001). *L'approche centrée sur la personne*. Lausanne : Editions Randin.
- Rogers, C. (2005). *La relation d'aide et la psychothérapie*. Condé sur Noireau : Editions les Presse de Corlet.
- Rousseau, A., Barbe, P., Chabrol, H. (2003). Stigmatisation et coping dans l'obésité : relations entre estime de soi, dépression, insatisfaction corporelle et stress perçu. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 13. 2. p. 66-70.
- Rousseau, J.J. (1969). *Œuvres complètes*. Tome 4. Editions Gallimard. Bibliothèque de la Pléiade.
- Rousseau, J.J. (1771), (1959). Les confessions, *Œuvres complètes*. Paris : Gallimard, bibliothèque de la Pleiade. rééditée, 1959.
- Rosier, P. (2013) La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et la récupération physique, mentale et somato-psychique du sportif de haut niveau. *Thèse de doctorat soumise à l'Université Fernando Pessoa*, en vue de l'obtention du grade de Docteur en Sciences Sociales, option Psychopédagogie.
- Rozée Gomez V. et al. (2012). Réaménagement de l'enveloppe psychique chez l'adolescente obèse pendant sa perte de poids. *Bulletin de psychologie* 2012/2 (Numéro 518), p. 159-180.

DOI 10.3917/bupsy.518.0159.

- de Saint Pol, T. (2013). Obésité, normes et inégalités sociales. *Le journal des psychologues*. n°311. p. 19-22.
- Schwartz, M.B., Brownell, K.D. (2004). Obesity and body image. *Body Image 1*. Elsevier Masson. p. 43–56.
- Sciff, M. (1977). dans J. Starobinski, Le concept de cénesthésie et les idées neuropsychologiques de Moritz Sciff. *Gesnerus*. Numéro spécial. *Histoire de la nature et des sciences naturelles*. Vol 34. fasc1/2.
- Servant, D. (2009). *La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques* Issy les Moulineaux : Editions Elsevier Masson.
- Simon, C. (2008). Stratégies thérapeutiques de l'obésité chez l'adulte. in *L'obésité, un problème d'actualité, une question d'avenir*. Editions Elsevier. p. 140-148.
- Singh, N.N., Lancioni, G.E., Singh, A.N., Winton, A.S.W., Singh, J., McAleavey, K.M., Adkins, A.D., Joy, S.D.S. (2008). A mindfulness-based health wellness program for managing morbid obesity. *Clinical Case Studies* : <http://ccs.sagepub.com>.
- Telles, S., Naveen, V.K., Balkrishna, A., Kumar, S. (2010). Short term health impact of a yoga and diet change program on obesity. *Med Sci Monit*. 16(1): p.35-40. in Patanjali Yogpeeth, Haridwar, India.
- Van Manen, M. (1999). The Pathic Nature of Inquiry and Nursing. In Madjar I., Walton J. (eds.). *Nursing and the experience of illness*. Routledge. pp. 17-35.
- Vigarello, G. (2005). Naissance d'une maladie. Le martyr des obèses. L'histoire. 2005-11. n°303. p. 72-81.
- Vigarello, G. (2014). *Le sentiment de soi, histoire de la perception du corps*. Paris : Editions du Seuil,
- Ville, I., Bruchon-Schweitzer, M., Dantzer, R. (1996). Introduction à la psychologie de la santé. In: *Sciences sociales et santé*. Vol14. n°3. p. 117-121.
- Vindevogel, M., Farber, B., Gourmet, L.M., Verbank, P., Kutnowski, M., Minner, P. (2006). Expérience d'une prise en charge interdisciplinaire de l'obésité. *La Nutrition, Rev Med Brux*. p. S375-S381.
- Vinit, F. (2007). *Le toucher qui guérit : du soin à la communication*. Paris : Belin
- Weill, P. (2010). Graisses et obésité : une question de quantité et de qualité. In *Traiter l'obésité et le surpoids*. Zermati, JP., Apfeldorfer, G., Waysfeld, B., Paris : Editions Odile Jacob.

- Wémeau, J.L., Vialettes, B., Schlienger, J.L. (2014). *Endocrinologie, diabète, métabolisme et nutrition*. Elsevier Masson.
- WHO (World Health Organization), (1998). Obesity : preventin and managing the global epidemic,. *Report of a WHO Consultaton on Obesity*. Geneva. 1997.
- Zermati, JP., Apfeldorfer, G., Waysfeld, B. (2010). *Traiter l'obésité et le surpoids*. Paris : Editions Odile Jacob.
- Ziegler, O., Bertin, E., Jouret, B., Calvar, R., Sanguignol, F., Avignon, A., Basdevant, A. (2014). Education thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité*. Vol 9. num4. p. 302-328.
- Ziller, R. (1973). *The social self*. New York : Pergamon Press.

Questionnaires de recherche :

- ACTG, (2000). *Auto-questionnaire validé*. Traduction Comment Dire, 2001, utilisé comme fiche d'évaluation des causes de non observance, pour les patients atteints du VIH.
- Duclos, G., Laporte, D., Ross, J. (1995). *Questionnaire sur l' "Estime de soi"* : https://csbe.qc.ca/.../Questionnaires.../Autoevaluation_EstimeDeSoi.doc.
- Dupuis, G., Perrault, M.C., Lambany, E., Kennedy, E., David, P. (1989). *A new tool to assess quality of life : the Quality of Life Systemic Inventory*. *Quality of Life and Cardiovasular Care*. 5(suppl. 1). 36-45. Questionnaire traduit en français.
- Moyano, O. (2011). Un test d'image du corps : l'entretien sur le représentations corporelles. *Thérapie psychomotrice et recherches*. n°166, p. 132-143.
- Paulhan, I., Bourgeois M. (1994), *'Stress et coping' les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris : Edition Puf. Traduit du questionnaire "the Ways ok Coping Checklist" de Vitaliano et al., (1985).
- Réseau ROMDES (2013). Questionnaire de "Qualité de vie et gêne physique". Réseau Obésité Multidisciplinaire d'Essonne et Seine et Marne : <http://www.romdes.org/>.
- Cooper, P.J., Taylor M.J., Cooper Z. & Fairburn C.G. (1986). *The development and validation of the Body Shape Questionnaire*. *International Journal of Eating Disorders* 6: 485-494. Traduit par Rousseau, validé en 2004 par Knotter, A., Barbe, P., Raich R.M., et Chabrol H.
- Bruchon-Schweitzer M.L. (1987, 1990), *"Questionnaire d'Image Corporelle"* : QIC, dans "la psychologie du corps", Paris : Editions PUF.

Service de Nutrition Clinique du CHU de Clermont Fd. (2012). “*Questionnaire des habitudes alimentaires des patients*”.

Stunkard, A.J., Sorensen, T., Schulsinger, F. (1983). *The first body figure scale*. traduit en français : La première échelle de figurines du corps.