



HAL
open science

Effet d'un suivi en hypnose éricksonienne en supplément d'une prise en charge en activité physique adaptée sur l'évolution de l'estime de soi physique de patients en situation d'obésité

Quentin Fourel

► To cite this version:

Quentin Fourel. Effet d'un suivi en hypnose éricksonienne en supplément d'une prise en charge en activité physique adaptée sur l'évolution de l'estime de soi physique de patients en situation d'obésité. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03385260

HAL Id: dumas-03385260

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03385260>

Submitted on 19 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Effet d'un suivi en hypnose Ericksonienne, en supplément d'une prise en charge en activité physique adaptée, sur l'évolution de l'estime de soi physique de patients en situation d'obésité.

Master 2 APA-S parcours APPCM

Approche Pluridisciplinaire des Pathologies Chroniques et Motrices

Présenté par : Quentin FOUREL

Sous la direction de : David LE FOLL Maître de conférence en STAPS

(spécialité psychologie du sport)

Année universitaire : 2020 - 2021



Glossaire

A : Apparence physique

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BED : Bindge Eating Disorders

CS : Compétence Sportive

DEXA : Dual Energie X-ray Absorptiometry

E : Endurance

EAPA : Édicateur en Activité Physique Adaptée

EG : Estime de Soi Globale

F : Force

FAO : Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

FC : Fréquence Cardiaque

FID : Fédération International du Diabète

HAS : Haute Autorité de Santé

HDL : High Density Lipoprotein

HTA : Hypertension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSERM : Institut National de Santé et de Recherche Médical

ISP : Inventaire du Soi Physique

OECD : Organisation de Coopération et de Développement Économique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PSPP : Physical Self Perception Profile

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

VPP : Valeur Physique Perçue

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont suivi et soutenu dans la rédaction de mon mémoire.

Comme un message de fin qui commencerait par des remerciements, je désire remercier Mr Le Foll qui m'a servi de guide dans cette rédaction. M'avoir autorisé dans le choix de ce sujet qui me tient à cœur et accompagné tout au long de cette année malgré les conditions exceptionnelles m'a permis de garder la motivation et le plaisir de poursuivre cette rédaction. De par les nombreux mails échangés, il a toujours su être disponible pour des entretiens en présentiel à l'Université Rennes 2 et en distanciel à de nombreuses reprises. J'ai toujours pu compter sur sa réactivité et ses encouragements pour me dépasser dans mes recherches. Son rôle a été essentiel dans l'élaboration de cette étude. Merci beaucoup.

Ensuite, je tenais à remercier l'ensemble de l'équipe Adapt'sport qui me soutient depuis maintenant 3 ans et avec qui je partage d'agréables moments. Un grand merci à Thomas sans qui je n'aurais pas eu cette opportunité d'allier hypnose et activité physique adaptée. Un grand merci à Corentin et Noélie qui m'ont appris, par leurs personnalités, leurs expériences, leurs conseils ce que pouvait être l'activité physique adaptée. La bonne collaboration de l'ensemble de l'équipe m'a permis d'être dans les meilleures conditions pour réaliser ce projet et j'en suis très reconnaissant. Je souhaite bien-sûr aussi remercier l'ensemble des adhérents de la salle Adapt'Sport qui ont fait de mon stage un moment de partage et de plaisir riche d'apprentissages.

De même, un grand merci aux responsables du Master APPCM, Mme Olivier et Mme Cabagno, qui ont accompagné de la meilleure des manières cette promotion en instaurant des échanges constructifs et une dynamique propice à l'apprentissage. Merci.

Pour finir, j'aimerais évidemment remercier Alizée ainsi que ma famille qui ont eu la gentillesse de lire et relire mon mémoire. Merci d'avoir apporté votre soutien en me donnant vos avis, vos remarques qui ont amélioré ce travail. Merci à tous.

Table des matières

Introduction.....	1
I. Revue de littérature.....	2
1. L'obésité.....	2
1.1. Présentation générale	2
1.1.1. Définition	2
1.1.2. Diagnostic et mesures de l'obésité.....	2
1.1.3. Étiologie	3
1.2. Complications et conséquences associées à l'obésité.....	3
1.2.1. Conséquences physiologiques.....	3
1.2.2. Conséquences sociales	4
1.2.3. Conséquences psychologiques	5
1.3. Traitements de l'obésité	8
1.3.1. Traitements lourds	8
1.3.2. Traitements légers.....	9
2. L'hypnose	12
2.1. Présentation générale	12
2.1.1. Définition	12
2.1.2. L'hypnose dans l'histoire	13
2.2. L'hypnose Ericksonienne	14
2.2.1. L'approche Ericksonienne.....	15
2.2.2. Les domaines d'intervention	15
2.2.3. Les effets de l'hypnose Ericksonienne sur le sujet atteint d'obésité	16
3. L'estime de soi.....	19
3.1. Présentation générale	19
3.1.1. Définition	19
3.1.2. Évolution historique des différentes approches théoriques de l'estime de soi	19
3.2. Activité physique et estime de soi.....	22
3.3. L'estime de soi chez le sujet en situation d'obésité	24
3.3.1. Études sur l'amélioration de l'estime de soi par l'AP chez le sujet en situation d'obésité.....	26

3.3.1. Hypnose et estime de soi	27
II. Problématique et hypothèses.....	30
III. Méthodologie	32
1. Population : données et caractéristiques	32
2. Les outils de mesures	33
2.1. La mesure du poids et de l'IMC	33
2.2. La mesure de l'estime de soi : questionnaire ISP-25.....	33
3. Le protocole expérimental	35
3.1. Groupe contrôle : Activité Physique Adaptée (APA).....	35
3.2. Groupe expérimentale : APA & hypnose Ericksonienne	35
IV. Résultats.....	39
1. Analyses préliminaires	39
2. Analyses de l'évolution des variables entre l'entrée dans le programme et la sortie. .	40
2.1. Évolutions groupe contrôle.....	40
2.2. Évolutions groupe expérimental	42
3. Analyses des différences entre les deux groupes à la fin de l'étude.	44
V. Discussion.....	45
1. L'estime de soi.....	45
2. L'IMC.....	49
3. Limites de l'étude	49
4. Perspectives de recherche	50
VI. Conclusion	52
Références bibliographiques	53
Table de référence	63
1. Tableaux	63
2. Figures et graphiques	63

Annexes..... 65

Résumé..... 71

Introduction

L'augmentation de cas d'obésité est, aujourd'hui, un sujet d'actualité dans l'ensemble des pays du monde et est considérée comme un problème de santé publique majeur. En 2019, plus de 1,9 milliard d'habitants étaient en surpoids dont 700 millions en situation d'obésité. Sa prise en charge constitue un objectif majeur des organismes de santé en vue de lutter contre les conséquences physiologiques, psychologiques et sociales que peut avoir cette pathologie sur la santé (OMS, 2003).

Le récent Programme National Nutrition Santé (PNNS 2019-2023) a comme objectif de réduire de 15% la prévalence de l'obésité chez les adultes. L'une des mesures principales a été d'instaurer l'Activité Physique Adaptée (APA) dans la prise en charge des personnes atteintes de pathologies chroniques et d'améliorer leur prise en charge. À ce jour, l'activité physique peut être bénéfique sur la prise en charge de la santé de ces patients sur les trois plans (physique, psychique et social) comme le définit l'OMS (OMS, 2010). C'est la raison pour laquelle un suivi en APA sera intégré comme pilier de la prise en charge.

Dans le but de diminuer le recours aux traitements lourds réalisés chez le patient obèse, la prise en charge doit être plus approfondie en amont. Pour cela, le sujet en situation d'obésité doit être pris en charge dans sa globalité. La perte de poids ne peut constituer le seul remède à l'obésité. Un suivi psychologique chez le sujet obèse montre donc tout son intérêt pour travailler l'estime de soi de ce type de population. De nouvelles méthodes ont vu le jour et notamment l'hypnose Ericksonienne.

L'hypnose Ericksonienne n'a que rarement été intégrée dans la prise en charge du patient obèse. À notre connaissance, aucune donnée n'existe sur l'intégration de l'hypnose Ericksonienne à un programme d'APA. C'est donc dans ce contexte que l'objectif de cette étude sera de voir quelle peut être l'influence d'une prise en charge en hypnose Ericksonienne, en supplément d'une prise en charge APA, sur l'évolution de l'estime de soi de patients atteints d'obésité.

I. Revue de littérature

1. L'obésité

1.1. Présentation générale

1.1.1. Définition

L'OMS (2003) définit l'obésité comme « *une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé* ». L'Inserm (2019) ajoute que l'obésité résulte d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques. Ce déséquilibre aboutit à une accumulation des réserves qui vont se stocker dans les tissus graisseux, entraînant elles-mêmes de nombreuses complications (OMS & FAO, 2003).

1.1.2. Diagnostic et mesures de l'obésité

L'OMS définit l'obésité par la mesure de l'indice de masse corporelle (IMC) en prenant la valeur du poids par rapport à la taille utilisée pour estimer le surpoids ou l'obésité chez un adulte. Elle correspond au poids (en kilogramme) divisé par le carré de la taille (en mètre) de la personne et est exprimée en kg/m². Ainsi, l'OMS définit le surpoids par un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m² et l'obésité par un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m² (OMS, 2003).

	Classe de l'obésité	IMC (kg/m ²)
Poids normal		18,5 – 24,9
Surpoids		25 – 29,9
Obésité	I – modérée	30 – 34,9
	II – sévère	35 – 39,9
	III – morbide	≥ 40

Tableau 1 : Classification du surpoids et de l'obésité par l'IMC, selon l'OMS (2003).

L'IMC constitue aujourd'hui la mesure la plus utile selon l'OMS (1997), il permet d'estimer la prévalence d'une population et les risques qui y sont associés. Cependant, il ne tient pas compte de la localisation des graisses dans l'organisme et des risques associés d'une population à l'autre. D'autres méthodes telles que la mesure de la composition corporelle (DEXA), la mesure des plis cutanés ou encore le ratio tour de taille/tour de hanche permettent d'estimer l'obésité d'un individu. Celles-ci ne seront pas détaillées ici puisque nous utiliserons seulement l'IMC comme indicateur de l'obésité chez les sujets étudiés.

1.1.3. Étiologie

L'obésité concerne aujourd'hui la quasi-totalité des pays du monde. Selon l'OMS, 39% des adultes dans le monde sont en surpoids et 13% sont en situation d'obésité. Le nombre de cas a presque triplé entre 1975 et 2016. Selon les enquêtes de Obépi-Roche (2012), 32,3% des Français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids et 15% sont en situation d'obésité. Une estimation de plus de 3 millions de nouveaux cas d'obésité a été émise entre 1997 et 2012 en France. L'IMC moyen des femmes a ainsi augmenté de 24,4kg/m² en 1997 à 25,4kg/m² en 2012, synonyme d'une augmentation de 1,1 kg/m² en 15 ans. En 2016, l'OECD a recensé que 17% des français de plus de 15 ans étaient obèses (cf. figure 1) (OECD Health Statistics, 2018). Les États-Unis, eux, observent un taux extrêmement alarmant de 40% de leur population en situation d'obésité. Agir en prévention pour limiter cette constante évolution et les nombreuses conséquences qui en découlent semble aujourd'hui obligatoire.

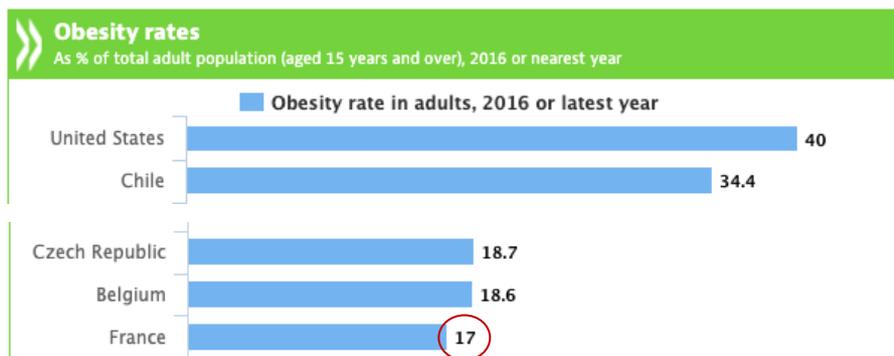


Figure 1 : OECD Rapport statistique de l'obésité dans le monde en 2016 (OECD Health Statistics, 2018).

1.2. Complications et conséquences associées à l'obésité

L'accumulation excessive et anormale de masse grasseuse entraîne des conséquences néfastes sur les plans physiologiques, psychologiques et sociales. Ce mémoire s'intéressera exclusivement au versant psychopathologique du patient atteint d'obésité mais notre prise en charge impactera l'individu dans sa globalité.

1.2.1. Conséquences physiologiques

Les principales complications associées à l'obésité concernent les pathologies cardiovasculaires (HTA, insuffisance cardiaque, AVC, thrombose veineuse),

cardiorespiratoires (insuffisance respiratoire, apnée du sommeil, dyspnée), locomotrices (gonarthrose, coxarthrose, lombalgie) digestives et cancéreuses (OMS, 2003).

La fédération internationale du diabète (FID) rappelle qu'une personne est atteinte d'un syndrome métabolique dès lors qu'elle a une obésité abdominale (tour de taille supérieur à 94 cm chez les hommes et 80 cm chez les femmes) et qu'elle est touchée par au moins 2 de ces désordres métaboliques : hypertension artérielle, taux de triglycéride élevé, faible taux de cholestérol HDL, taux élevé de glycémie veineuse, résistance à l'insuline type diabète de type 2. Ces complications entraînent un risque de mortalité plus élevé et un risque d'accident vasculaire cérébral plus important.

Les personnes obèses en mauvaise condition physique présentent un risque de mortalité toutes causes confondues deux fois plus élevé que des individus normo-pondérés (Barry et al., 2014). L'HAS précise qu'au-delà d'un IMC de 28kg/m², le sujet augmente son risque de comorbidité et de mortalité. De plus, même en bonne condition physique, le niveau d'incidence et de prévalence de pathologie cardiovasculaire et de diabète de type 2 est supérieur aux sujets normo-pondérés actifs ou non (Li et al., 2006 ; Rana et al., 2007). Le message de santé publique reste donc aujourd'hui de lutter contre l'obésité mais aussi contre le niveau faible de condition physique.

Lors d'une activité telle que la marche, les charges sont plus importantes sur les articulations avec une moins bonne stabilité posturale et une angulation articulaire diminuée (Runhaar et al., 2011). L'activité physique apporte un coût énergétique plus élevé chez les sujets obèses (Browning et al., 2013). Certains obèses peuvent être touchés par une sarcopénie importante représentée par une faible masse musculaire et une plus grande masse grasse (Lee et al., 2016; Zamboni et al., 2008). Les personnes obèses sont ainsi plus à risque d'avoir une dyspnée à l'effort (Dreher & Kabitz, 2012), de l'arthrose et des tendinites (Gaida et al., 2009).

1.2.2. Conséquences sociales

De nos jours, l'obésité est devenue un des facteurs de discrimination les plus importants dans notre société prônant le culte de « l'apparence » comme indicateur de bonne santé. L'HAS rappelle que les personnes obèses sont victimes de nombreuses discriminations touchant toutes

les dimensions de la vie des personnes entraînant une exclusion sociale (INSERM, 2006). Des patients obèses décrivent leur rapport avec les professionnels de santé comme angoissant. Certains ressentent une condescendance et une absence de bienveillance du corps médical, appelé plus communément « grossophobie médicale ». Cette discrimination peut avoir des répercussions en termes de soins, des retards voire des erreurs de diagnostics, voire des erreurs de parcours de soins (Cuvelier & Taillé, 2019). Les patients obèses ont moins souvent recours au système de soins.

Les préjugés « anti-graisses » sont aussi beaucoup présents dans les médias, les écoles, au sein de son propre cercle familial et sur le plan professionnel (Appart et al., 2007). Cette discrimination professionnelle est présentée dans l'étude de Paraponaris et al. (2005) qui ont montré que plus l'IMC était élevé, plus le temps de chômage et le temps pour trouver un travail étaient élevés. De plus, les tensions salariales sont dites plus élevées chez les sujets obèses qui se disent moins soutenus par leurs collègues. L'ensemble de ces discriminations engendre un stress social important chez les obèses ce qui va créer de nombreux troubles psychologiques telles que la dépression, l'insatisfaction corporelle ou encore une faible estime de soi (Asthana, 2012). Cette stigmatisation du poids menace la santé psychologique et physique des personnes obèses et empêche la mise en œuvre d'efforts efficaces pour prévenir l'obésité car ils augmenteraient la probabilité d'alimentation désordonnée, d'augmentation de l'apport calorique et une diminution de la motivation à faire de l'activité physique (Puhl & Heuer, 2010). La stigmatisation entraîne donc des répercussions sur la prise de poids et le tour de taille ; agir sur cette discrimination relève d'un enjeu de santé public (Jackson et al., 2014). L'impact de l'obésité peut donc prendre une ampleur physique et psychologique de taille selon les discriminations et la stigmatisation qu'une personne obèse peut subir tout au long de sa vie. Cependant, cette stigmatisation est liée à l'apparence physique et au caractère supposé du sujet obèse (Berdah, 2010 ; Stunkard, 1976). L'avis de l'individu sur son apparence physique est une variable intéressante dans la prise en charge du patient obèse.

1.2.3. Conséquences psychologiques

L'obésité est associée de manière positive à la présence de troubles de l'humeur ainsi qu'à un état anxieux chez le sujet obèse sans lien apporté à l'aspect physique. Les facteurs psychologiques influencent le comportement alimentaire, l'anxiété comme la dépression peuvent entraîner des troubles du comportement alimentaire : "bingde eating disorders (BED)"

(Hill, 2005). La dépression, entraînant fréquemment une augmentation du poids, de l'appétit et une diminution de l'activité physique entraîne à son tour une augmentation de prise de médicament contre les troubles anxieux qui augmenterait substantiellement le poids (Mather et al., 2009). Le lien entre obésité et dépression a été présenté dans l'étude de Jantaratnotai et al., (2017) (cf. figure 2) comme deux parties responsables de l'aggravation des symptômes sur le long terme, l'un nourrissant l'autre et entraînant un cercle vicieux. En effet, le taux de cytokines pro-inflammatoires chez les personnes obèses est plus élevé par l'adiposité présente chez ces individus et aussi très importante chez des personnes souffrant de dépression avec une résistance aux médicaments qui augmente avec le temps. Cette inflammation augmente le stress oxydatif ainsi qu'un dysfonctionnement endocrinien chez le patient obèse responsable d'un dérèglement du système du stress impliqué dans la dépression. Ces troubles concernent des personnes en situation d'obésité sévère et morbide (Jantaratnotai et al., 2017) et les conséquences physiques chez ces individus sont corrélées aux troubles psychosociaux associés (Heo et al., 2003).

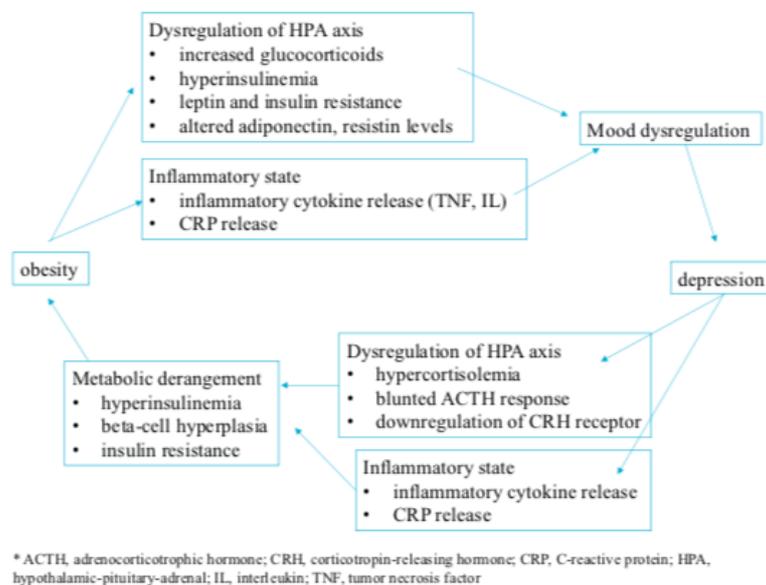


Figure 2 : Lien pathologique entre obésité et dépression (Jantaratnotai et al., 2017).

L'organisme d'une personne en situation d'obésité va ainsi se dégrader progressivement et la présence de comorbidités peut accélérer le dérèglement de cet état de stress. Les résultats obtenus sur l'altération de la qualité de vie en rapport avec l'obésité, mesurée par le questionnaire SF36, montrent des résultats variables selon les tranches d'âges étudiées mais une majorité porte à conclure que le patient obèse a une qualité de vie inférieure au patient

normo-pondéré. La méta-analyse de Ricciardelli & McCabe (2001) a recensé que l'IMC chez les adolescents était corrélé à l'insatisfaction corporelle, d'autant plus chez les filles. Ces résultats sont marqués chez la femme dès l'âge de 5 ans. Les femmes âgées de 45 à 49 ans en obésité sévère et morbide obtiennent des scores de qualité de vie significativement inférieurs sur le plan physique et psychologique que les personnes ayant un poids moyen (Hill, 2005). Ce score est d'autant plus marqué si l'individu est victime d'une ou plusieurs maladie(s) associée(s). Ces résultats sont identiques lorsqu'ils sont reliés au moral, à l'acceptation de soi, à la confiance en soi ou encore au sentiment d'efficacité personnel qui se voit fortement diminué.

Les patients obèses ont une moindre satisfaction de vivre, se sentent moins soutenus socialement et ont une préoccupation de leur poids plus marquée que les personnes non-obèses. Cependant, quelques études ont pu montrer que le niveau de détresse psychologique est plus élevé mais pas significativement différent (Van Zutven et al., 2015). Ces résultats de la figure n°3 nous présentent bien l'impact des préoccupations liées au poids, prédictives de détresse psychologique et des incapacités du patient obèse afin de lui proposer un suivi individualisé et pluridisciplinaire.

Table 2. Mean (s.d.) scores on measures of psychosocial functioning (perceived social support, satisfaction with life, general psychological distress), weight/shape concerns, binge-eating frequency and health status for obese and non-obese participants by sex

	Females					Males				
	Non obese (n = 1220) Mean (s.d.)	Obese (n = 276) Mean (s.d.)	t	P	d ^a	Non obese (n = 769) Mean (s.d.)	Obese (n = 169) Mean (s.d.)	t	P	d ^a
Social support ^b	79.19 (15.14)	75.27 (17.54)	3.42	0.001	0.24	74.71 (16.17)	70.96 (18.67)	2.41	0.02	0.21
Satisfaction with life ^c	17.99 (4.34)	16.49 (4.39)	5.17	< 0.001	0.34	17.21 (4.51)	16.38 (4.44)	2.17	0.03	0.19
General psychological distress ^d	4.99 (4.21)	5.55 (4.68)	-1.82	0.069	0.13	4.23 (3.75)	4.66 (4.29)	1.19	0.24	0.13
Weight/shape concerns ^e	1.87 (1.46)	2.97 (1.52)	-11.18	< 0.001	0.74	0.87 (0.98)	1.89 (1.37)	-9.11	< 0.001	0.86
Binge frequency ^f	0.79 (2.77)	1.76 (4.67)	-3.31	0.001	0.25	0.37 (2.22)	0.97 (3.26)	-2.27	0.02	0.22
	%	%	χ	P	V ^a	%	%	χ	P	V ^a
Health status ^g										
Self-rated health fair/poor	6.3	25	89.03	< 0.001	0.24	5.1	24.3	65.27	< 0.001	0.26

^aEffect size: Cohen's *d* or *V*. ^bMedical Outcomes Study Perceived Social Support Survey. ^cSatisfaction with Life Scale. ^dKessler 6-item Psychological Distress Scale. ^eEating Disorder Examination Questionnaire Weight/Shape Concerns subscale. ^fNumber of binge-eating episodes in the past 28 days as measured by the Eating Disorder Examination Questionnaire. ^gSelf-rated health: 'In general, would you say your health is poor, fair, good, very good, excellent?'.¹⁹

Figure 3 : Résultats des mesures du fonctionnement psychosocial et des préoccupations du poids du sujet non obèse et obèse (Van Zutven et al., 2015).

En conclusion, la santé du patient obèse est impactée par son excès de masse grasseuse sur le plan physiologique et les répercussions sur l'organisme (adiposité, inflammations, comorbidités) vont avoir un impact sur le plan psychologique et social. Dans ce mémoire, nous

concentrerons notre attention sur l'une des conséquences psychopathologiques : l'estime de soi de ces patients obèses présentant ou non des comorbidités.

1.3. Traitements de l'obésité

L'obésité est une maladie chronique qu'il faut traiter sur le long terme. Les traitements dits « légers » visent à modifier les habitudes comportementales : activité physique, alimentation et autres méthodes complémentaires apportant un bien-être au sujet obèse. Ces traitements légers permettent d'agir en prévention et de diminuer l'utilisation des traitements définis comme « lourds » et pouvant engendrer des conséquences physiologiques et psychologiques importantes.

1.3.1. Traitements lourds

1.3.1.1. La chirurgie bariatrique

L'OMS recommande l'utilisation de la chirurgie bariatrique pour des patient(e)s ayant atteint un IMC supérieur à 35kg/m² et faisant état d'une comorbidité associée (diabète, hypertension...) ou un IMC supérieur à 40kg/m² sans comorbidités mais avec un calcul des risques opératoires. Celle-ci vise à modifier le système digestif pour réduire l'efficacité de la digestion en diminuant l'absorption des aliments. L'HAS a recensé 60 000 interventions en chirurgie bariatrique en 2017 avec 58% de gastrectomie longitudinale (sleeve gastrectomy) et 25% de bypass gastrique. L'utilisation de l'anneau gastrique a pris une place moins importante que les deux autres méthodes depuis le début des années 2010.

L'intervention chirurgicale peut entraîner des complications et des difficultés au quotidien, même longtemps après l'intervention : problèmes liés aux montages chirurgicaux, des carences nutritionnelles ou encore des difficultés liées à la modification de l'image du corps et des relations avec les autres (Sarwer et al., 2005). De plus, l'HAS rappelle que le risque de mortalité n'est pas nul ($\leq 1\%$). Une chirurgie bariatrique est un engagement à vie comprenant un rendez-vous annuel prévu auprès d'un membre de l'équipe ayant suivi la phase opératoire. Il est ensuite nécessaire de conserver les habitudes alimentaires prises en phase pré-opératoire et une bonne activité physique pour maintenir la perte de poids sur le long terme. Un suivi psychologique est

réalisé en amont de la chirurgie mais il est à charge du patient de poursuivre ce suivi en phase post-opératoire.

1.3.1.2. Les médicaments

Le traitement de l'obésité peut également faire appel à un traitement médicamenteux. Sur le marché français, seul un médicament est disponible dans le traitement de l'obésité : « l'Orlistat® ». C'est un inhibiteur puissant, spécifique et d'action prolongée des lipases gastro-intestinales. Comme tout médicament, il possède des contre-indications et des effets indésirables associés. Mais dans le cas de cette prise en charge, le patient doit suivre un régime hypocalorique stricte, riche en fruits et en légumes (Faure, 2014).

1.3.2. Traitements légers

1.3.2.1. La diététique

Dans le cas de l'obésité, de nombreuses prises en charges diététiques, commerciales et médicales ont été proposées pour amener une réduction pondérale. Malgré cela, on observe dans la majorité des cas un retour progressif à la situation antérieure, voire une augmentation du poids (De Branlt, 2004). Les prises en charges diététiques amènent régulièrement à un effet « yoyo » représentatif de la variation des prises et pertes de poids. Toutes ces prises en charges diététiques dites « révolutionnaires » ont presque toutes amené à la problématique du syndrome de restriction cognitive (Le Barzic, 2001). Lorsque le sujet est atteint de ce syndrome, il alterne entre deux états : l'hypercontrôle et la perte totale de contrôle. L'HAS (2011) met donc en garde contre les régimes successifs à l'origine de fluctuation du poids qui peuvent être dangereux pour la santé.

Aujourd'hui, la HAS (2011), recommande d'allier une modification des comportements alimentaires à une pratique d'activité physique encadrée par des professionnels de santé compétents, notamment les éducateurs en activités physiques adaptées (EAPA). La réduction d'un apport énergétique et l'augmentation de la dépense par une alimentation saine et équilibrée en complément d'une pratique régulière d'activité physique est primordiale pour une perte de

poids contrôlée. La perte de poids, même faible, avec ce type de programme va apporter des bénéfices sur la santé du patient obèse (Lau et al., 2007).

1.3.2.2. L'activité physique adaptée

L'Activité physique (AP) adaptée vient s'ajouter à la prise en charge du patient obèse avec comme objectif d'augmenter la dépense énergétique quotidienne, et d'améliorer la condition physique du patient obèse. Pour cela, l'HAS recommande aux personnes en surpoids de pratiquer 225 à 300 minutes d'AP par semaine, à intensité modérée, sans détailler le type d'AP. L'IMC diminue de manière linéaire avec l'augmentation de l'AP modérée de 0 à 50 minutes par jour (Van Dyck et al., 2015).

Effets de l'AP sur l'amélioration de la composition corporelle

L'activité physique, améliorant la condition physique, va permettre une diminution sur le long terme (3 ans) de la masse grasse et de la masse grasse viscérale (Borel et al., 2017). L'entraînement à intensité modérée et intensive améliore l'utilisation des lipides avec une lipolyse induite par une augmentation des catécholamines, de l'hormone de croissance, et des peptides natriurétiques cardiaques ainsi que de la baisse de l'insuline (Pérez-Martin et al., 2001). De plus, un entraînement en endurance (intensité > 60% de FCmax) permettrait une diminution significative de la masse grasse viscérale sans perte de poids associée selon la méta-analyse de Ismail et al. (2012). L'exercice apporte une diminution plus efficace que la diète (Verheggen et al., 2016). Les effets ne sont pas significatifs pour des exercices de type renforcement musculaire, il n'est donc pas préconisé d'ajouter un entraînement de renforcement musculaire et d'endurance afin de ne pas empiéter sur le volume d'entraînement dédié à l'endurance (Ismail et al., 2012). Pour finir, la mise en place d'un entraînement améliore le statut inflammatoire de la personne en situation d'obésité, et ce, quelles que soient les modalités (endurance, renforcement musculaire ou mixte) (Strasser et al., 2012 ; You et al., 2014).

Effet de l'AP sur la perte de poids

La planification hebdomadaire de l'AP chez le patient obèse est assez flexible tant sur le temps et l'intensité de l'effort pour entraîner une perte de poids. Les programmes en endurance ou mixte (endurance et renforcement musculaire) entraînent une perte de poids (Schwingshackl et al., 2013 ; Thorogood et al., 2011). De plus, la méta-analyse de Clark, (2015), incluant 66 études, confirme que les exercices d'endurance à forte intensité et le fractionné engendrent une diminution du poids plus importante que des exercices de faible intensité. La meilleure combinaison pour le maintien à long terme de la perte de poids est l'association : amélioration des habitudes alimentaires et augmentation de l'activité physique (Jakicic et al., 2008). La gestion du poids reste cependant un sujet sensible car, à l'exception des traitements comportementaux, les programmes de gestion du poids visant une perte de poids se sont rarement vus couronnés de succès (Abrams & Follick, 1983). Les pertes de poids possiblement obtenues sont que rarement maintenues sur le long terme (Jeffery et al., 1978).

1.3.2.3. Les psychothérapies

Des psychothérapies telles que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ont montré leur intérêt dans la prise en charge des troubles du comportement alimentaire chez des patients obèses (HAS, 2011 ; Rousseau, 2014). Cependant, de nouvelles méthodes ont vu le jour dans la prise en charge du patient obèse tel que les thérapies brèves qui doivent faire leurs preuves. Ces thérapies visent à accompagner le sujet en complément d'une prise en charge thérapeutique pour, supposons-le, amorcer les changements désirés. L'hypnose Ericksonienne est une thérapie brève qui peut avoir un rôle à jouer dans la prise en charge des complications et conséquences associées à l'obésité.

2. L'hypnose

2.1. Présentation générale

2.1.1. Définition

Le terme hypnose est entouré d'idées fausses, de mythes et d'appréhension pour de nombreux individus. Typiquement, les opinions portées sur l'hypnose sont construites autour du spectacle et du divertissement (Heap, 2000). L'hypnose est plus communément utilisée comme une procédure thérapeutique dans laquelle des altérations des pensées, des perceptions, des sentiments et des comportements peuvent théoriquement être induites par la suggestion (Salem & Bonvin, 2012 ; Tosti, 2017). L'idée de l'hypnose est un ensemble d'interactions entre un thérapeute et un participant qui, dans une relation de confiance, va accueillir plus facilement les suggestions proposées par le thérapeute (Roustang, 1994). L'état hypnotique est généralement caractérisé par une concentration intense, une relaxation extrême et une forte suggestibilité (Heap et al., 2002). La suggestion pouvant être alors définie comme « *une communication transmise verbalement par l'hypnotiseur, qui dirige l'imagination du sujet de manière à susciter les modifications souhaitées dans les sensations, les perceptions, les sentiments, les pensées et les comportements* » (Heap et al., 2002). L'accumulation de ces suggestions lorsque le participant se trouve dans cet état conscience modifiée (état hypnotique) permet de provoquer, à long terme, des changements dans les modèles de comportement (Hammond, 1990). Dans un climat de sécurité et de confiance, une fois l'objectif fixé, il ne reste plus qu'à se laisser guider par le thérapeute vers un état naturel et agréable dans une séance paisible et responsable de la mise en place de nouveaux comportements. Pour comprendre mieux cela, revenons à son origine.

2.1.2. L'hypnose dans l'histoire

Dater les premières utilisations de cette modification de conscience nous ramène 6000 ans avant JC, avec les écrits sumériens décrivant différents états de conscience. Socrate, en -470 plongeait ses auditeurs dans un état modifié de conscience propre à semer le doute. Les Indous vont expérimenter la méditation profonde et vont accéder à des pouvoirs curatifs qu'ils utilisent encore aujourd'hui.

Au XV^{ème} siècle, Paracelse (1493-1541), médecin suisse, parle de l'influence des planètes sur les êtres humains et vient faire le rapprochement entre psyché, corps physique et âme (Paracelse, 1494). En France, la sorcellerie sera utilisée pour entrainer des états modifiés de conscience (parfums, incantation...).

Au XVIII^{ème} siècle, Franz Anton Mesmer, va occuper une place importante sur la scène médicale. Lui et ses collaborateurs vont reconnaître l'existence d'un fluide physique qui emplit l'univers servant d'intermédiaire entre l'Homme, la terre, les corps célestes et les Hommes entre eux (Mesmer & Nicolas, 2005). Mesmer s'est reposé sur les études de Paracelse, de Van Helmont et de Maxwell, utilisant ainsi des plaques magnétiques pour soigner les plaies par le biais de « passes mesmériennes » ayant pour but de diffuser le fluide et ainsi provoquer une libération par les mouvements (crise magnétique) (Maxwel, 1679 ; Paracelse, 1494 ; Van Helmont, 1621). Dans la foulée, Puysegur, élève de Mesmer, déclare que c'est le patient qui œuvre au travail de sa guérison et que la volonté du thérapeute n'est qu'un vecteur (Chastenet de Puysegur, 1784). En 1843, James Braid, propose pour la première fois le terme d'hypnose pour remplacer le terme de magnétisme animal (Tosti, 2017)

L'utilisation de l'hypnose va être utilisée dans le monde de la chirurgie avec l'utilisation de l'analgésie hypnotique. Le sujet est alors hypnotisé et ne ressent plus la douleur. Les premières expérimentations ont vu le jour avec une ablation du sein par Cloquet (1829), amputation d'une jambe par Loysel (1845), abcès sous anesthésie hypnotique par Broca et Follin (1859) (Moreni & Barber, 2015). L'hypnose est encore utilisée aujourd'hui dans les interventions chirurgicales telles que les accouchements.

2.2. L'hypnose Ericksonienne

Après la Seconde Guerre Mondiale, devant la nécessité de soigner de nombreuses personnes rapidement, les États-Unis vont utiliser des thérapies dites « brèves ». Milton Erickson (1901-1980), grand psychiatre du XX^{ème} siècle, est le créateur de l'hypnose Ericksonienne, une des thérapies brèves où l'intention du thérapeute est de guider le patient dans ses changements désirés avec l'utilisation des suggestions indirectes. Le sujet prendra une part active dans sa prise en charge. Celle-ci vient s'opposer au modèle de l'arc réflexe utilisé par Bernheim et Charcot qui présentait l'humain comme un automate chez qui on pourrait mettre hors circuit certaines fonctions (Gauchet, 1992 ; Starobinski, 1999) et par la même occasion aux sciences expérimentales

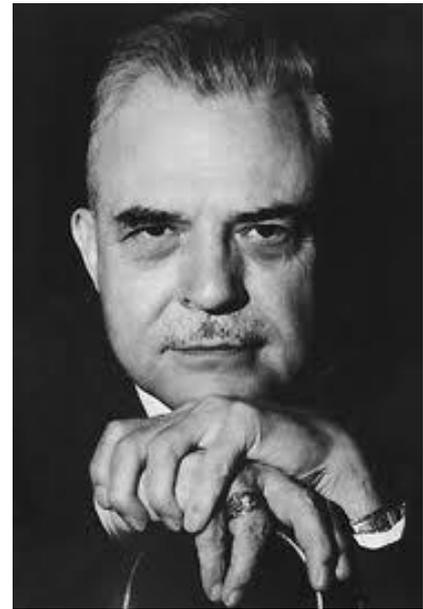


Figure 4 : Milton Erickson

(Chertok, 1990). Par la confusion ou la saturation des sens, Erickson met les individus dans un état de transe propre à la réorganisation des perceptions. Il présupposera que le sujet a, en lui, toutes les ressources nécessaires pour atteindre les changements désirés.

Aujourd'hui, la transe est un moment de partage où le thérapeute vient, avec son intention de soin, réaliser une induction (mise en transe) et permettre un lâcher prise afin que le patient puisse se rencontrer avec une autre partie de lui et avec soi-même. Son utilisation est diverse et variée selon les contextes de prises en charge (cabinet, cliniques, centre hospitalier...). L'hypnose apparaît comme un outil non seulement thérapeutique, mais aussi de recherche, dont la définition pourrait s'inscrire dans le champ de la neurophysiologie (Pellegrini, 2008). La définition qui peut lui être donnée aujourd'hui est « *un état de fonctionnement psychologique par lequel le sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargie.* » (Salem & Bonvin, 2012).

2.2.1. L'approche Ericksonienne

L'approche Ericksonienne replace le sujet au centre de la pratique, prône une non-directivité et accompagne plus que dirige le patient (M. H. Erickson & Rossi, 1999). L'hypnose Ericksonienne est axée sur des principes de communication particuliers utilisant par exemple les métaphores ou bien encore les suggestions dites indirectes dans une méthode non directive. Le praticien, entrant en contact avec le monde du patient (croyance, visibilité des éléments favorisant le symptôme, etc.), se met en relation avec lui et construit des modalités de prise en charge. Celle-ci est axée sur le symptôme avant tout, mais le patient est respecté dans sa demande, son rythme, son évolution. L'hypnose ne s'intéresse pas au « pourquoi » d'une représentation mais au « pour quoi », celle-ci affecte le sujet. Le patient est actif dans sa prise en charge et c'est lui qui formule, avec le praticien, l'objectif de changement désiré (Tosti, 2017). Cette étape est appelée anamnèse et permet la mise en place d'une structure thérapeutique.

Le thérapeute se doit d'être en position basse, c'est-à-dire qu'il n'est pas celui qui sait mais celui qui cherche à entendre et comprendre le sujet. Le langage utilisé est permissif et non autoritaire pour mettre en confiance. Ainsi, le thérapeute utilise la communication dite Ericksonienne, un langage d'influence qui invite le sujet à vivre un état modifié de conscience. Le thérapeute est alors considéré comme un guide dans le changement et le patient est celui qui possède les ressources et les solutions fondamentales. La transe hypnotique se caractérise par la dissociation mentale et, sur le plan corporel, par la catalepsie qui détermine la profondeur de la transe (Salem & Bonvin, 2012). Les autres critères sont l'altération de la perception du temps, les modifications de l'expression émotionnelle, de l'attention et du schéma corporel.

2.2.2. Les domaines d'intervention

La littérature scientifique tout autant que la clinique en institution souligne la pertinence de l'hypnose dans la gestion des troubles algiques, qu'il s'agisse de douleurs aiguës ou chroniques (Montgomery et al., 2000 ; Moreni & Barber, 2015). Des études ont démontré que l'hypnose est un traitement efficace pour divers symptômes et problèmes, notamment liés à l'arrêt du tabac (Green & Lynn, 2000), les nausées et vomissements liés à la chimiothérapie (Richardson et al., 2007), et les troubles psychosomatiques (Flammer & Alladin, 2007). L'hypnothérapie peut permettre un suivi des personnes souffrant de dépression légère à modérée (Fuhr et al.,

2017). Des séances d'hypnose Ericksonienne pourraient permettre à des personnes en situation d'obésité de trouver toutes les ressources nécessaires pour avancer vers ses objectifs en travaillant sur les croyances limitantes (barrières) apprises par les nombreuses stigmatisations.

2.2.3. Les effets de l'hypnose Ericksonienne sur le sujet atteint d'obésité

Après une recherche sur les bases de données Psychinfo et Pubmed, prenant en considération les champs du titre et du résumé, moins d'une cinquantaine de publications scientifiques ont vu le jour sur le thème de l'hypnose en lien avec l'obésité. La méta-analyse de (Milling et al., 2018) ne répertorie que 10 études sur les 20 dernières années.

L'hypnose permet une approche multidimensionnelle du sujet atteint d'obésité avec un suivi individualisé (Vanderlinden & Vandereycken, 1994). L'hypnose Ericksonienne peut améliorer la qualité de vie et diminuer la satiété de manière significative chez le sujet obèse. De par un protocole formant à l'auto-hypnose sur une durée de un an, les effets obtenus vont avoir un impact sur le style de vie des individus (Bo et al., 2018). L'auto-hypnose est l'utilisation des outils partagés par le praticien durant les séances d'hypnose. Chez un patient obèse, la gestion de la douleur chronique par l'hypnose permet une amélioration de la qualité de vie (Mubiri et al., 2015). L'hypnose peut également être utilisée pour l'enseignement pas à pas de la maîtrise de soi sur le mode d'alimentation (Wright & Wright, 1987). Ainsi, le patient diminuera ses périodes d'impulsivités alimentaires ce qui aidera à la perte de poids. Dès lors, l'utilisation de suggestions sur la modification des habitudes alimentaires permet une régulation tendant vers une alimentation plus saine (Kroger, 1970). Dans un objectif de réapprentissage alimentaire, l'hypnose peut aider en tant que méthode de communication pour augmenter l'adhésion au programme, motiver l'apprentissage et faciliter l'acquisition de ces nouveaux comportements alimentaires (Hanley, 1967). Le sujet ne rentre pas dans une frustration et une privation alimentaire mais bien une amélioration de son rapport à la nourriture.

Les très anciennes méthodes se basent sur des suggestions dites « directes » imposant au sujet une ligne directrice à tenir s'il souhaite atteindre l'objectif. Ces études réalisées avant les années 1980 ont montré des effets très variables d'un thérapeute à l'autre vis-à-vis de la perte de poids. L'utilité de l'hypnose doit être évaluée par des études de recherche contrôlées (Thurman & Joan, 1979). Plus récemment, Cochrane et Friesen (1986) ont pu réaliser un suivi en

hypnothérapie chez le sujet obèse selon quatre étapes sur quatre semaines (une étape par semaine à raison de 3h/semaine) avec un suivi sur six mois :

1. Recherche des motifs inconscients responsables de la suralimentation,
2. Les patients apprennent un comportement alternatif et efficace par le biais d'exercices d'imagination pour résoudre le problème,
3. Amélioration de l'égo et de la motivation à utiliser ces stratégies alternatives,
4. Proposition de poursuivre ces comportements sur une durée de 6 mois.

Les résultats à un mois de prise en charge après la thérapie en hypnose ont montré une diminution significative du poids du groupe expérimental par rapport au groupe contrôle ne faisant pas d'hypnothérapie (-8 vs. +1.50 pounds) et les effets se sont vus encore plus marqués après six mois alors qu'aucune thérapie n'était proposée après les quatre semaines (-17,12 vs. -0.50) (cf. figure 5).

Table 1
Summary of Means and Standard Deviations of Weight Variables

Group	n	Initial weight		One-month weight loss		Six-month weight loss	
		M	SD	M	SD	M	SD
Hy-T	17	215.99	34.19	-6.53	1.05	-17.82	2.73
Hy	17	184.76	29.23	-8.00	0.97	-17.12	2.54
Cont	20	175.79	40.13	1.50	0.95	-0.50	2.45

Note. Hy-T = hypnosis treatment plus audiotapes; Hy = hypnosis treatment alone; Cont = control group.

Figure 5 : Résultats obtenus sur l'évolution des poids en fonction des groupes

Ces résultats montrent bien que l'hypnose seule joue un rôle important dans la prise en charge du poids chez le sujet atteint d'obésité et que les effets sont marqués sur le long terme. Ces résultats sur la perte de poids en lien avec une prise en charge en hypnose ont été démontrés sur des programmes de trois mois (Barabasz & Spiegel, 1989), six mois (Bolocofsky et al., 1985; Cochrane & Friesen, 1986) et deux ans (Bolocofsky et al., 1985). L'hypnose est utilisée comme un complément dans la prise en charge du patient en situation d'obésité. En complément d'un suivi nutritionnel, il permet une perte de poids significativement plus importante que le suivi nutritionnel seul (Nurlita et al., 2007). L'hypnose a donc un impact positif sur le poids sur le court, le moyen et le long terme avec des programmes en hypnose allant de quatre semaines à trois mois.

L'hypnose comme thérapie ayant pour cible thérapeutique la réduction du stress chez le sujet obèse, permet une perte de poids supérieure sur le long terme en comparaison avec une prise en charge visant la perte de poids avec suivi diététique comme le présente la figure 6 ou avec un suivi diététique seul. (Stradling et al., 1998). Dans ce protocole, 2 séances individuelles le premier mois puis deux séances de groupe de quatre personnes et un enregistrement d'auto-hypnose réalisé par le praticien en hypnose permettent une diminution plus importante du poids dès le premier mois et ce jusqu'à 18 mois. Cette étude normalise les résultats sur le pourcentage de poids de départ car les patients plus lourds peuvent logiquement perdre plus de poids en valeur absolue.

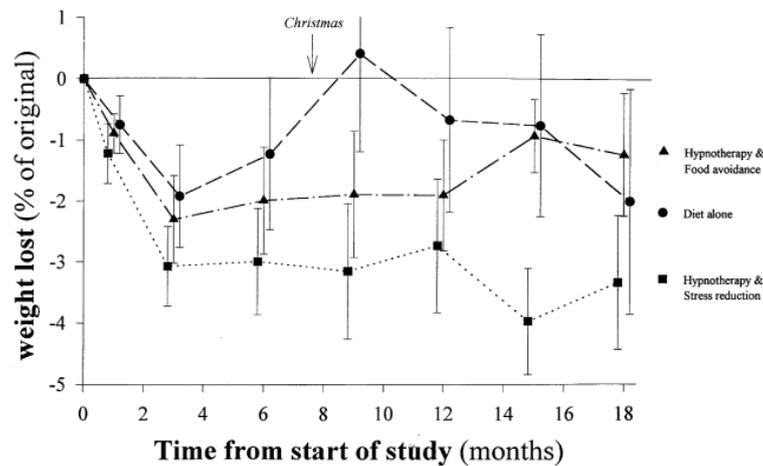


Figure 1 Percentage fall in body weight over 18 months (mean and SEM).

Figure 6 : Résultats de l'évolution du poids sur 18 mois pour les trois groupes issus de l'étude de Stradling et al., (1998).

L'hypnose pourrait donc avoir un impact sur le poids des personnes en situation d'obésité que la cible thérapeutique soit le poids ou bien le stress. L'étude de (Cochrane & Friesen, 1986) n'a cependant pas montré d'amélioration du score de l'estime de soi mesuré par l'échelle du concept de soi de Tennessee (TSCS). Ces résultats nous apportent une piste d'amélioration dans la prise en charge en hypnothérapie du patient obèse.

3. L'estime de soi

3.1. Présentation générale

3.1.1. Définition

Les définitions de l'estime de soi (ES) varient sensiblement d'un auteur à l'autre, le plus souvent parce qu'elles sont soutenues par des modèles issus de différents courants de la psychologie. De manière générale, l'estime de soi est « *la part évaluative du soi, et par conséquent, la plus consciente et explicite* » (Lehalle, 1995). C'est le sentiment que chaque individu éprouve à l'égard de lui-même, que ce soit favorable ou non. Ce concept est un déterminant majeur de la santé, des conduites de santé, de la qualité de vie et du bien-être (Brown, 1998). Dans l'usage commun, l'estime de soi signifie avoir une bonne opinion de soi-même (Campbell, 1984). De manière générale, l'estime de soi varie selon l'image plus ou moins positive que l'on peut avoir de soi-même. Pour Rogers, 1951, ce terme fait référence « *au degré selon lequel un individu s'aime, se valorise et s'accepte lui-même* » (Rogers, 1951).

En 1979, Rosenberg ajoute la notion d'écart entre « le soi perçu » en comparaison au « soi idéal » qui serait une équation logique de l'estime. Ce qu'il faut comprendre c'est que le sujet peut améliorer son estime de soi en élevant son concept du soi actuel ou bien en réduisant l'image qu'il peut avoir du soi idéal. Cette régulation peut aussi se faire par des biais d'auto-complaisance : déviation que l'individu fait de manière inconsciente pour rendre la perception de son environnement comme favorable vis-à-vis de la conception de soi. Selon Taylor et Brown (1998), ils sont adaptatifs et participeraient à la santé mentale des individus (Brown, 1998).

3.1.2. Évolution historique des différentes approches théoriques de l'estime de soi

La construction de l'estime de soi s'est basée sur trois approches théoriques différentes : unidimensionnelle, multidimensionnelle et hiérarchique (cf. figure 7).

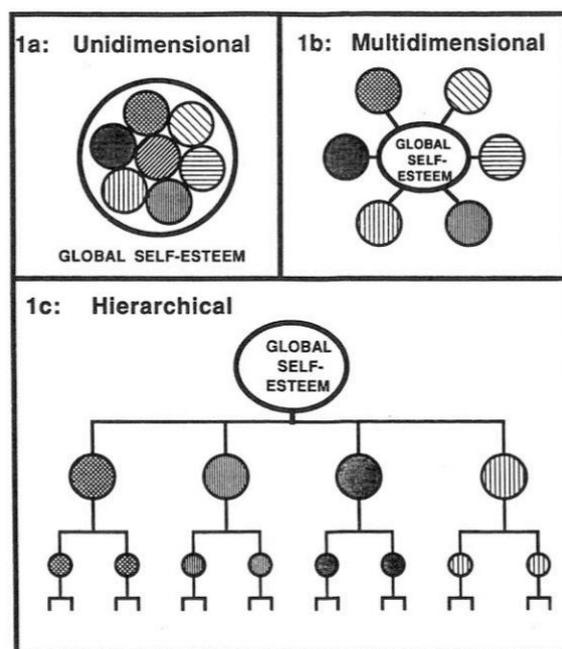


Figure 7 : Schéma présentant les trois modèles de l'estime de soi (K. R. Fox & Corbin, 1989)

La première approche quantitative de l'estime de soi dite unidimensionnelle est fondée sur la base des travaux de Rosenberg (1979) et Fiers (1979). En 1979, Rosenberg définit l'estime de soi comme : « la valeur qu'un individu attribue à sa propre personne et à la totalité des pensées et des sentiments de l'individu ayant comme référence lui-même en tant qu'objet », formé à travers les expériences avec l'environnement (Shavelson et al., 1976). Cela correspond à la valeur que l'individu se donne de lui-même et son degré de satisfaction individuel. Le sujet auto-évalue ses résultats, ses capacités et ses qualités selon un système de valeurs et de normes personnelles qui donneront un indicateur fiable d'harmonie et de satisfaction à l'égard de soi-même. L'individu exprime une attitude d'auto-approbation ou de désapprobation lorsqu'il s'évalue en dévoilant les croyances à son égard concernant sa capacité à être « compétent, efficace et digne » (Coopersmith, 1967). Les études sur l'estime de soi globale ont été de nombreuses fois critiquées tant sur le plan théorique (Rosenberg, 1979 ; Wylie, 1979) que métrologique (Harter, 1983). Ce manque de certitude a entraîné une confusion dans la notion de l'estime de soi. Les recherches ont ainsi mis en évidence une perspective multidimensionnelle de l'estime de soi selon laquelle les individus seraient de plus en plus capables de se juger différemment selon les multiples domaines de leur vie (Fox & Corbin, 1989).

Cette approche multidimensionnelle ne compte pas une estime de soi globale mais plusieurs estimes de soi en fonction des contextes spécifiques. Elle constitue une nouvelle vision du concept de l'estime de soi qui serait influencée par le sentiment de compétence exercé dans les différents domaines de sa vie (Harter, 1983) Le concept de l'estime de soi n'est donc plus défini comme un concept global et unidirectionnel mais comme un concept influencé par l'auto-évaluation de ses compétences dans plusieurs domaines : le sport, l'école, les relations sociales, la vie professionnelle ou familiale etc. (Hanse, 2009 ; Harter, 1988).

Cette nouvelle approche a permis de mieux comprendre les domaines qui pouvaient avoir un impact sur l'estime globale de soi (Ninot et al., 2000). L'influence dans ces domaines reste cependant très difficile à quantifier avec cette approche, et c'est de là qu'est apparue l'approche hiérarchique.

L'approche hiérarchique est aujourd'hui la vision théorique du concept permettant de mesurer plus simplement les différents aspects de l'estime de soi. Cette approche présente l'estime globale de soi comme une entité variable en fonction de plusieurs domaines et sous-domaines tels que le soi physique qui est la résultante de la valeur physique perçue et de 4 sous-domaines (Fox & Corbin, 1989). Ce modèle peut se lire de « bas en haut » ou « de haut en bas » avec comme logique que chaque critère marqué positivement ou négativement entrainera un impact plus ou moins important sur l'estime globale de soi et les domaines et sous-domaines qui en découlent (Ninot et al., 2000a). Le schéma de Shavelson, Hubner et Stanton (1976) présente ce concept de l'estime de soi général avec les différents domaines de la vie amorcée par le modèle multidimensionnel (cf. figure 8). Le modèle hiérarchique ajoute à cela les sous-domaines et l'évaluation de comportement dans des situations développant ainsi la précision dans la mesure de l'estime de soi (Shavelson et al., 1976).

Par exemple, une forte satisfaction dans une tâche (monter des escaliers sans être essoufflé) renforce le sous-domaine « compétence sportive » (endurance) qui améliore la satisfaction dans le « domaine physique » (valeur physique perçue) qui influence positivement l'estime globale de soi. Inversement lorsqu'un individu a une estime globale de soi faible, les domaines et sous-domaines sont influencés négativement de manière spécifique (Ninot et al., 2000a). Dans un but d'observer ces différents paramètres et leurs influences, la mesure prise doit permettre une vue d'ensemble des domaines et sous-domaines.

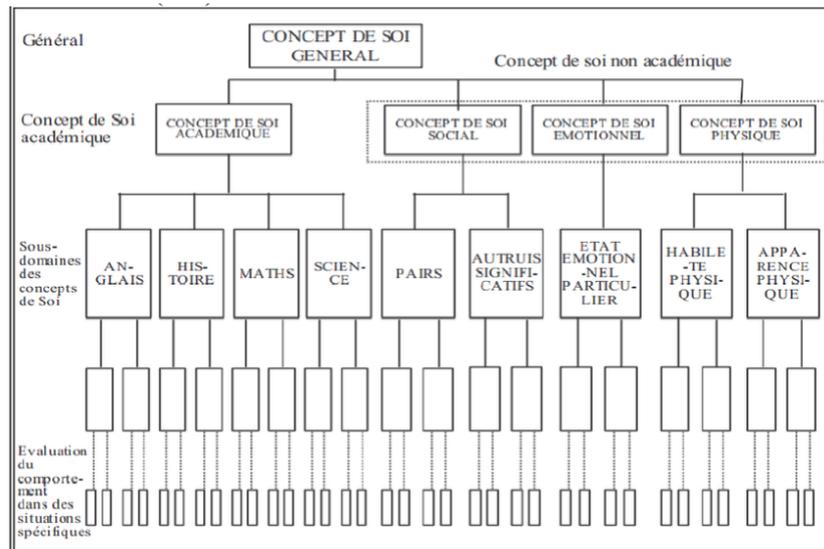


Figure 8 : Modèle multidimensionnel et hiérarchique du concept de Soi de Shavelson, Hubner et Stanton (1976).

3.2. Activité physique et estime de soi

De nombreuses études montrent une augmentation du niveau d'estime globale de soi et/ou de soi physique par un programme d'activité physique d'au moins 1 mois, d'intensité modérée, incluant 3 séances par semaine (McAuley et al., 1997 ; DiLorenzo et al., 1999 ; Fox, 2000; Kiernan et al., 2001; Liu et al., 2015). Les chercheurs utilisent des échelles spécifiques mises au point en fonction de l'évolution théorique sur ces concepts : Rosenberg's Self-Esteem Scale, Body Cathexis Scale, Coopersmith Self-Esteem Inventory, Soenstroem Physical Estimation, Physical Self Description Questionnaire, Physical Self Perception Profile (PSPP) (Fox et Corbin, 1989) adaptée en français (Ninot et al., 2000), intitulée : « l'Inventaire du soi physique » (ISP).

Le rôle de l'activité physique sur la santé psychologique, physiologique ou sociale est défendu depuis de nombreuses années par l'OMS. L'activité physique va être liée à l'estime globale de soi par le biais du domaine corporel présenté dans la hiérarchie de Fox et Corbin (1989). La place du corps dans la société est aujourd'hui un élément important à prendre en compte pour mesurer l'estime globale du soi. Le sentiment de valeur physique perçue (Fox, 1997) est une source de motivation à l'engagement et à la poursuite de l'activité physique (R. Sonstroem, 1997). L'approche hiérarchique de Fox (1997) va mettre en lien cette notion d'estime de soi au soi physique, allant du plus concret (sous-domaine) vers le plus global (estime globale de soi).

Comme on peut le voir dans le schéma ci-dessous (cf. figure 9), la valeur physique perçue qui est un sous domaine du soi physique est constituée de quatre sous domaines :

- La condition physique amène à la notion d'endurance avec cette aptitude à gérer un effort dans le temps et à maintenir sa confiance vis-à-vis de cet effort.
- La compétence sportive est présentée comme l'habilité à apprendre de nouveaux mouvements, les stratégies utilisées et la confiance du sujet en situation compétitive.
- La force physique concerne la puissance, la force explosive et la confiance lors des situations exigeant de la force.
- L'apparence physique est rattachée à l'image perçue du corps (beauté).

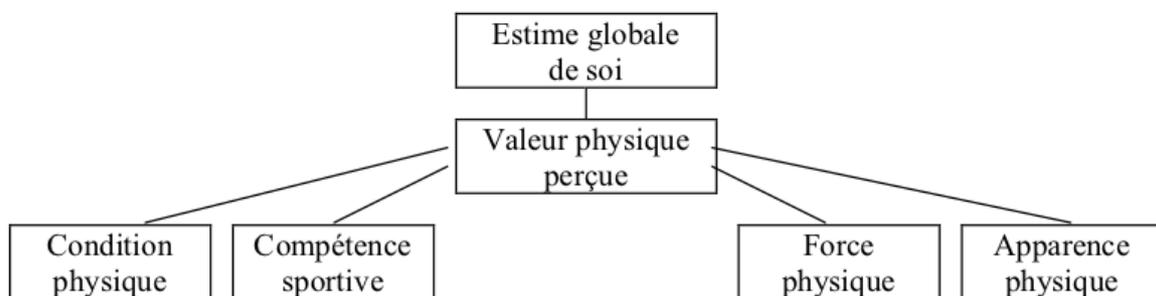


Figure 9 : Modélisation hiérarchique de l'estime de soi dans le domaine corporel (Fox & Corbin, 1989)

La manière d'un individu à s'auto-évaluer selon ce modèle hiérarchique est basée sur la perception de ses aptitudes sportives, sa capacité à apprendre de nouvelles habilités sportives et à la confiance qu'il peut avoir au sein de son environnement sportif. Ce schéma met l'accent sur le domaine corporel dans l'estime de soi qui est mis en jeu dans la prise en charge de patients atteints d'obésité et plus particulièrement chez les adolescents (Bruchon-Schweitzer, 1990; Harter, 1988).

L'activité physique régulière va alors avoir un impact sur une ou plusieurs de ces quatre sous-modalités de manière positive et entrainer une amélioration de la valeur physique perçue (K. Fox, 2000). Par exemple, Di Lorenzo et al. (1999) montrent une amélioration du niveau d'estime globale de soi et du soi physique suite à un programme aérobie de trois mois chez des adultes âgés de 18 à 39 ans (DiLorenzo et al., 1999). McAuley et al. (1997) observent les mêmes résultats avec une amélioration de la perception d'estime de soi chez des adultes sédentaires (McAuley et al., 1997). Taylor & Fox (2005) font participer à un programme d'activité physique : 142 adultes de 40 à 70 ans, choisis au hasard, avec un suivi sur neuf mois du niveau de la condition physique, du dynamisme, du poids, de la masse grasseuse, de l'estime de soi et

du soi physique. Les auteurs vont estimer des différences significatives de l'amélioration du niveau de soi physique des participants à l'étude et leur état de santé comparée à un groupe contrôle non actif. Les travaux montrent ainsi que les personnes ayant un niveau de soi physique faible voient une amélioration significative de leurs capacités psychologiques et motrices suite à un programme d'activité physique adaptée. Ces résultats ont également été retrouvés dans des recherches portant sur des personnes en situation de handicap, vieillissantes ou atteints de maladies chroniques (Fox, 2000 ; Fox, 1997; Ninot et al., 2002).

La notion d'adaptation de l'activité physique est très importante pour mettre en confiance les individus dans leurs pratiques. Ainsi, réaliser un programme d'activité physique adaptée à chaque individu est essentiel et pour cela, il est nécessaire de varier les modalités de pratiques (fréquence, intensité, types d'exercices, temps). La manière dont l'activité physique est vécue par le sujet va jouer un rôle prépondérant sur sa régularité et en parallèle sur l'amélioration de son estime globale de soi et du soi physique. Par exemple, dans la méta-analyse de Liu et al. (2015), une multitude d'études scientifiques ont étudié la quantification de l'activité physique en lien avec l'estime de soi chez des enfants et adolescents. Il a été conclu, par le biais des 18 études, que, de manière générale, l'activité physique permet une amélioration de l'image de soi et de l'estime de soi (Liu et al., 2015). Une programmation standardisée n'est pas définie mais la notion de régularité et de programmation adaptée aux capacités des individus reste fondamentale lorsqu'une étude est réalisée sur l'estime de soi et l'activité physique.

3.3. L'estime de soi chez le sujet en situation d'obésité

L'auto-évaluation d'un sujet obèse va être plus négative vis-à-vis de ces compétences dans tous les domaines : compétences physiques, sociales, scolaires, familiales (Degirmenci et al., 2015). La majorité des études ont été portées sur une population jeune (enfants et adolescents) et très peu sur une population adulte. Selon une cohorte de 25 études transversales, seulement 13 montrent des différences majeures de l'estime de soi en lien avec l'obésité chez les adolescents de 13 à 18 ans. Il n'existe pas de grandes différences pour les sujets jeunes ayant moins de 13 ans. Sur une étude de l'estime de soi chez des enfants de 12 ans avec un suivi sur trois années, O'Dea a pu conclure que l'estime globale du soi était diminuée chez l'individu obèse comparée à des individus ayant un poids normal (O'Dea, 2006). Le facteur influençant en grand majorité l'estime de soi chez le patient obèse est l'image corporelle (cf. figure 10) (O'Dea, 2006 ; Sudres et al., 2013). Cette pyramide résume de manière imagée les résultats obtenus sur un groupe de

106 adolescents d'âge médian 13,6 ans avec une IMC médian de 28,2kg/m². Les résultats sur l'estime de soi s'écartent des études de Eresmis mais montrent tout de même une faible estime de soi pour plus de 50% des adolescents (garçons et filles).

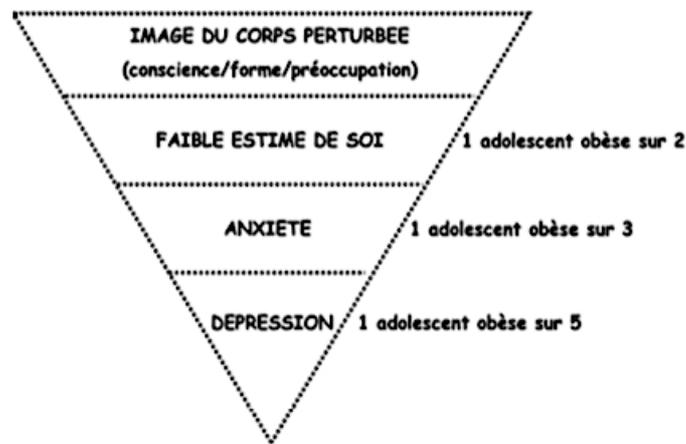


Figure 10 : « pyramide somato-psychique » (Sudres et al., 2013)

Dans leur méta-analyse, Miller et Donley ont analysé la corrélation entre obésité et estime de soi chez les enfants et les jeunes adultes. Cette corrélation évolue avec l'âge entre les catégories d'âges enfants, adolescents et jeunes adultes (Miller & Downey, 1999). Les jeunes obèses ont une plus faible estime de soi et une altération de la qualité de vie, notamment avec l'atteinte des sous-domaines du modèle hiérarchique avec « l'apparence physique » et les « compétences sportives » (Griffiths et al., 2010). Cette altération a un impact sur la motivation de l'enfant à faire de l'activité physique. De manière générale, dans la population française, il existe une diminution de l'estime de soi chez les sujets de 11 à 15 ans de 18,9% (Raich et al., 2001).

Même si l'acceptation du corps joue un rôle important dans la construction de l'estime de soi, il est important de nuancer le fait que l'image du corps soit nécessairement liée à une faible estime de soi. En effet, chez les femmes adultes obèses, le sentiment d'insatisfaction corporelle n'affecterait pas nécessairement l'estime de soi. Celle-ci se baserait sur un domaine de « compétence » plutôt que sur le domaine « apparence physique » (Striegel-Moore & Franko, 2002). Néanmoins, les adultes obèses qui ont une très forte insatisfaction de leur apparence physique ont une plus faible estime de soi. Dans une étude portant sur 41 sujets adultes obèses réalisant une chirurgie bariatrique (by-pass), Karcher et Cherikh (2015) ont démontré que les sujets obèses amélioreraient leur estime de soi avec la perte de poids. Les sujets obèses se

plaignent d'une « honte sociale » causée par le regard et le rejet des autres induisant une souffrance interne et une exclusion sociale.

Malgré moins d'études portées sur les sujets adultes obèses en lien avec l'estime de soi, certains auteurs indiquent que, plus l'IMC est élevé, plus l'estime de soi est faible, et ce facteur est accentué chez les sujets femmes (Erermis et al., 2004). Cette faible estime de soi est d'autant plus importante quand celle-ci est associée à d'autres troubles psychologiques comme les troubles des comportements alimentaires (Herbozo et al., 2015). Il a aussi été démontré que les sujets souffrant d'obésité depuis l'enfance gardent une plus faible estime de soi car le critère « apparence physique » reste fortement impacté à l'âge adulte (Sudres et al., 2013).

3.3.1. Études sur l'amélioration de l'estime de soi par l'AP chez le sujet en situation d'obésité

Sachant que les personnes en situation d'obésité ont un risque plus important d'avoir une faible estime de soi et de risque de dépression, la prise en charge doit être globale et porter sur plusieurs domaines et sous-domaines de l'estime de soi pour avoir des résultats significatifs qui perdurent dans le temps (Harriger & Thompson, 2012). L'activité physique est essentielle dans la prise en charge de l'obésité car il permet de diminuer les risques de dépression, améliore l'estime de soi et l'image corporelle (Baur et al., 2011 ; Steinbeck et al., 2018). L'activité physique améliore de manière générale la santé mentale de l'enfant et l'adolescent (Rodriguez-Ayllon et al., 2019). Pour cela, l'activité physique doit être réalisée de manière régulière sur le long terme pour stabiliser une meilleure estime de soi globale du sujet en situation d'obésité.

Les enfants et adolescents obèses participent moins aux activités physiques ce qui augmente le risque d'avoir une estime de soi faible (Kaminsky et Dewey, 2014) et de prendre du poids. Chez l'adolescent, il a été montré que l'IMC est corrélé négativement avec l'estime de soi. En effet, plus l'IMC est élevé, plus son score au « Body Esteem Scale for Adolescent » est médiocre (Elmesmari et al., 2018). La méta analyse de Ekeland (2005) présente des résultats homogènes sur l'amélioration de l'estime de soi par l'utilisation des exercices physiques dans la prise en charge d'enfants et d'adolescents. Ainsi, prendre en charge un enfant ou adolescent obèse pour faire des activités physiques est essentiel pour améliorer l'estime de soi. Mais qu'en est-il chez l'adulte ?

L'activité physique exercée régulièrement permet un maintien ou une perte de poids chez les individus obèses avec un maintien dans le temps si l'activité est quotidienne, et ceci chez l'enfant comme chez l'adulte (Proctor et al., 2003). Cette perte de poids apporterait des améliorations sur le plan psychologique et permettrait à son tour le maintien d'une perte de poids réussie (Palmeira et al., 2009 ; Teixeira et al., 2010). En outre, dans la prise en charge d'une personne en situation d'obésité, la variable « perte de poids » ne serait pas le seul facteur qui permettrait d'augmenter l'estime de soi (Griffiths et al., 2010). L'activité physique jouera un rôle sur plusieurs des sous-domaines de l'estime de soi globale telle que « l'apparence physique », « compétence sportive », « condition physique », « force physique » afin d'impacter positivement la valeur physique perçue du sujet (Fox & Corbin, 1989).

Pour permettre une amélioration de l'estime globale de soi, il est important de mettre en place un programme améliorant plusieurs sous-domaines. En effet, il a été montré qu'un programme d'activité physique aérobie seul ne montre pas d'effet sur les facteurs psychologiques chez les sujets obèses (Imayama et al., 2011). Un programme basé sur un travail de résistance aurait des bénéfices sur l'estime de soi mais que chez les hommes (Kiernan et al., 2001). L'étude de Megakli et al. (2017) a permis de montrer l'efficacité d'un programme alliant exercices aérobies et résistance sur la perception physique et l'estime de soi globale chez 72 femmes obèses. Le programme a duré 12 semaines comprenant une multitude d'évaluations : avant le programme, à la moitié, à la fin du programme puis 1, 3, 6, 9 et 12 mois après la prise en charge. Cette étude a démontré que les effets étaient significatifs et perduraient sur une durée allant de 6 à 12 mois par une amélioration de l'estime de soi globale chez les patientes obèses ayant réalisé le programme aérobie et résistance. Avoir un travail ciblé sur les quatre sous-domaines du domaine physique devrait avoir un effet supérieur que si on le travaillait dans la globalité.

3.3.1. Hypnose et estime de soi.

Encore une fois, très peu d'études ont été réalisées sur le rapport entre l'hypnose et l'estime de soi, sur les bases de données psychinfo et pubmed, seulement 56 articles présentent ces notions dans le titre ou le résumé. Aucune ne recense l'hypnose, l'estime de soi et l'obésité.

Si agir sur le poids seul ne permet pas une amélioration de l'estime de soi, des séances d'hypnose axées sur des suggestions sur le renforcement de l'ego et de l'image du corps chez

les sujets obèses permettent une amélioration significative de l'estime de soi (Brown & Fromm, 1987). L'hypnose améliore ainsi l'estime de soi chez des sujets anxieux au vue d'une prise en charge en radiothérapie (Clamens et al., 2017) et dans la gestion de la douleur pour des patients atteints de cancer (Clamens et al., 2017; Grégoire et al., 2020). Dans l'étude de Grégoire et al. (2020), sur un échantillon de 95 patientes, en centre, huit séances hebdomadaires de deux heures d'auto-soins (tâche visant l'amélioration de la conscience de soi, activités agréables, etc.) étaient clôturées par 15 minutes d'hypnose réalisée par un des auteurs de l'étude. Les patients étaient ainsi invités à réaliser des séances d'auto-hypnose avec les outils enseignés par le praticien. Le programme a duré entre 3 et 4 mois. Les séances obligeant les personnes à prendre du temps pour se concentrer sur eux-mêmes ont permis une amélioration de la pleine conscience, une diminution de la détresse psychologique et une amélioration significative (cf. figure 11) de l'estime de soi (mesurée par le questionnaire de Rosenberg) (Grégoire et al., 2020).

Table 3

Impact of the intervention on participants' self-esteem, emotion mindfulness

	T1	T2	Effect	Evolution
	Intervention	Intervention	size	(T1-T2)
	group (N=	group (N=		
	48)	48)		
	Mean (SD)	Mean (SD)	Cohen's	p
			d	
Rosenberg's self-esteem scale (RSES)	29.63 (6.29)	31.83 (6.30)	0.46	< .001

Figure 11 : Résultat obtenu au questionnaire de Rosenberg après l'intervention en hypnose (Grégoire et al., 2020).

L'amélioration des symptômes liés aux cancers telles que la fatigue, la détresse émotionnelle, les douleurs par l'hypnose a un impact positif sur l'estime de soi (Cramer et al., 2015). On pourrait supposer que les effets peuvent être similaires chez le sujet obèse ayant l'une de ces complications. L'hypnose se voit intéressante dans la prise en charge du patient obèse dès lors qu'elle se base sur les symptômes liés à sa maladie (stress, douleur, vomissements) (Kirsch et al., 1995). Or, nous savons que si nous diminuons les comorbidités d'une personne en situation

d'obésité, nous améliorons en parallèle son estime de soi. Donc l'hypnose peut agir sur l'estime de soi en diminuant les symptômes associés à l'obésité. Trop peu d'études à ce jour permettent de montrer les effets de l'hypnose chez des patients obèses, cette étude aura pour but d'apporter une nouvelle méthode d'accompagnement et de nouveaux apprentissages.

II. Problématique et hypothèses

L'obésité est aujourd'hui une problématique qui touche le monde entier. L'excès de masse viscérale est responsable de nombreuses complications et conséquences physiologiques, psychologiques et sociales. L'activité physique joue aujourd'hui un rôle prépondérant dans la prise en charge des patients en situation d'obésité et les effets positifs d'une pratique régulière sont nombreux.

Comme nous le dit un certain Milton Erickson dans les présupposés de sa discipline : « le corps et l'esprit font partie d'un même ensemble cybernétique »

(M. Erickson, 1999). La littérature nous informe que l'obésité peut impacter négativement la qualité de vie et l'estime de soi globale de ces patients. En outre, l'approche bio-psycho-sociale proposée par l'APA permet de lutter contre les comorbidités associées à l'obésité et améliore la qualité de vie des patients. En cohérence avec les recommandations de l'OMS et du PNNS, l'APA sera proposée à l'ensemble de la population de cette étude.

L'hypnose Ericksonienne a elle aussi montré ses effets bénéfiques sur le suivi de patient en situation d'obésité en agissant sur la perte de poids, le stress ou encore la douleur. Cependant, le manque d'études sur le thème hypnose et obésité ou encore hypnose et estime de soi nous laisse dire que l'hypnose doit faire ses preuves dans le suivi du patient obèse. Les protocoles réalisés dans les études sont éloignés de l'hypnose Ericksonienne ce qui ne nous permettra pas d'alimenter une méthode mais nous obligera à réaliser notre protocole. En se basant sur le modèle hiérarchique de l'estime de soi de Fox et Corbin (1989), l'hypnose pourrait plus facilement cibler ses effets sur les différents domaines et sous-domaines que l'APA apportant une approche plus globale.

Cette étude aura pour but d'observer les effets d'une prise en charge en hypnothérapie en plus de l'activité physique adaptée proposée au sein de l'entreprise pour voir les effets, sur huit semaines, de la prise en charge.

Ainsi, nous tenterons de répondre à la question suivante : Quelle est l'influence d'une prise en charge en hypnose Ericksonienne, en plus d'une prise en charge APA, sur l'évolution de l'estime de soi de patients atteints d'obésité ?

À partir de la revue de littérature présentée précédemment, nous pouvons formuler l'hypothèse suivante :

- Une prise en charge par l'APA associée à de l'hypnose Ericksonienne améliore d'avantage le niveau d'estime de soi physique qu'une prise en charge par l'APA seule.

III. Méthodologie

1. Population : données et caractéristiques

Douze adhérents de l'entreprise privée Adapt'Sport (maison Sport-Santé à Niort) ont accepté de participer à notre étude. Parmi ces adhérents, nous retrouvons huit femmes et quatre hommes. Le tableau 2 ci-dessous récapitule les caractéristiques de la population étudiée selon son groupe d'étude.

	Groupe contrôle (moyenne et écart- type)	Groupe expérimental (moyenne et écart- type)	TOTAL (moyenne et écart- type)
Nombre de participant	5	7	12
Sexe (F / H)	2H/3F	2H/5F	4H/8F
Âge (année)	43,2 ±13,6	57,8 ±15,1	51,8 ±15,8
Masse (kg)	123,3 ±25,2	112,0 ±22,1	116,7 ±23
Taille (m)	1,68 ±0,1	1,69 ±0,1	1,7±0,1
IMC (kg/m²)	43,4 ±5,8	38,8 ±4	40,7±5,2

Tableau 2 : Caractéristiques des patients inclus dans le protocole.

Les patients intègrent, ou ont déjà intégré un suivi dans l'entreprise Adapt'Sport, une salle sport santé située dans la ville de Niort. Dans celle-ci, les séances sont marquées par des rendez-vous permettant un suivi individualisé lors de chacune des séances. La structure comprend deux EAPA et limite l'accès à huit patients par créneaux d'une heure. Dans une première partie de la salle, se trouvent des machines de musculation (tapis de course, rameur, vélo elliptique, cage de musculation, etc.) puis dans une seconde partie se trouve un espace synthétique vert où les EAPA vont personnaliser des exercices aux capacités de la personne avec des équipements plus ou moins légers (cerceaux, ballon, élastiques, punchingball, etc.). Les EAPA n'incluent pas les adhérents dans des programmes pré-construits, ils réalisent un ensemble de tests en début de prise en charge suite à un entretien individuel. Ils accompagnent ensuite le sujet lors de chacune des séances à l'aide d'une fiche de suivi (cf. annexe 1) où l'adhérent vient annoter ce qu'il a pu

réaliser lors de la séance. Afin d'évaluer les bénéfices de la pratique, un bilan peut être de nouveau réalisé plusieurs mois après le début de la prise en charge.

Les adhérents de la salle ont pu visionner une vidéo du praticien en hypnose expliquant qu'un protocole en hypnose était mis à disposition des adhérents qui le souhaitaient. Une affiche a ainsi été mise à l'entrée de l'entreprise où étaient inscrites les informations liées à ce programme d'hypnose (cf. annexe 2). Ce sont donc les adhérents intéressés qui devaient aller voir le praticien pour intégrer le protocole.

Une fois l'intégration acceptée, les participants ont pu prendre connaissance du programme de l'étude grâce à une lettre d'information qu'ils ont reçue (cf. annexe 3) et par la suite signer une lettre de consentement (cf. annexe 4) lors d'un premier rendez-vous préliminaire. La durée du programme est de huit semaines incluant un bilan initial et final.

Les critères d'inclusion de l'étude sont les suivants :

- Avoir un IMC supérieur à 30 kg/m² (minimum obésité de stade I)
- Participer à l'intégralité du programme
- Consentement éclairé signé

2. Les outils de mesures

2.1. La mesure du poids et de l'IMC

La mesure de la masse corporelle se réalise au début et en fin de programme à l'aide d'une balance et la mesure de la taille se réalise avec un mètre. Ces deux mesures permettent de mesurer l'IMC de l'individu en divisant le poids par la taille au carré (IMC = kg/m²).

2.2. La mesure de l'estime de soi : questionnaire ISP-25

Dans notre étude, nous avons utilisé l'inventaire du soi physique ISP-25 (cf. annexe 5) pour mesurer l'estime de soi physique des individus (Maïano et al., 2008 ; Ninot et al., 2000b). Cette échelle est une traduction en français du Physical Self Perception Profil (PSPP) (K. R. Fox & Corbin, 1989) validé auprès d'un certains nombres d'études notamment auprès d'une population d'âge moyen

(R. J. Sonstroem, 1998). L'ISP-25 est composé de six échelles : au niveau général, l'échelle d'estime globale de soi (EP) (exemple d'item : « *j'ai une bonne opinion de moi-même* »), au niveau du domaine physique : l'échelle de valeur physique perçue (VPP) (exemple d'item : « *Je suis bien avec mon corps* »), et au niveau des sous-domaines, quatre sous-échelles : l'Endurance (exemple d'item : « *Je ne peux pas courir longtemps sans m'arrêter.* »), la Compétence Sportive (exemple d'item : « *Je trouve la plupart des sports facile.* »), l'Apparence physique (exemple d'item : « *Je n'aime pas beaucoup mon apparence physique.* ») et la Force (exemple d'item : « *Je serais bon(ne) dans une épreuve de force.* »). Il existe plusieurs adaptations de cet outil de mesure de l'estime de soi en fonction du nombre d'items proposés : ISP-6 (six items, utilisé pour des mesures dynamiques de l'estime de soi physique), ISP-12 (12 items, utilisé et validé avec des populations d'enfants et adolescents), ISP-25 (25 items, échelle la plus complète). Dans notre étude et au regard de notre population et du protocole expérimental, nous avons décidé d'utiliser le questionnaire ISP-25 car il est le plus complet pour la mesure de l'estime de soi sur les six échelles évaluées. Dans ce questionnaire, chaque item est en correspondance avec une échelle. Pour chaque item, le sujet doit cocher parmi les six réponses à partir d'une échelle Likert allant de 1 « pas du tout d'accord » à 6 « tout à fait d'accord ». Pour chacune des six échelles, une moyenne est calculée à partir des réponses des participants aux items correspondants. Pour les items négatifs, le score a été inversé afin de garder une cohérence dans les résultats. Ce questionnaire est simple à réaliser et la compréhension est fidèle car dans l'étude de Ninot, après deux passations du questionnaire avec un mois d'intervalle, les résultats ont tendance à répondre aux items de la même façon (Ninot et al., 2000a).

3. Le protocole expérimental

Dans le cadre de cette étude les individus ont été divisés en deux groupes :

3.1. Groupe contrôle : Activité Physique Adaptée (APA)

Le groupe contrôle est composé de patients qui effectueront de l'APA seule. Comme dit précédemment, dans cette structure il n'y a pas de programme préconstruit pour la prise en charge de patients en situation d'obésité. Les EAPA réalisent des séances d'APA respectant les objectifs désirés par chaque individu sans concevoir une programmation sur plusieurs semaines/mois. La perte de poids n'est pas une priorité pour tous les individus, cette manière de fonctionner respecte en priorité les attentes du sujet et non celle du thérapeute. Afin de ne modifier qu'un seul paramètre dans notre mesure, les patients du groupe contrôle réaliseront donc, sans aucune modification, ce qu'ils réalisent dans l'entreprise habituellement. Le questionnaire et la mesure de l'IMC seront réalisés en début (Test 1) et à la fin des huit semaines (Test 2). Les sujets auront un rendez-vous fixé huit semaines après le Test 1.



Figure 12 : Protocole réalisé par le groupe contrôle réalisant seulement de l'APA.

3.2. Groupe expérimentale : APA & hypnose Ericksonienne

Le groupe expérimental aura la même prise en charge en APA que le groupe contrôle en plus d'un suivi en hypnose Ericksonienne. En effet, quatre séances d'une heure d'hypnose Ericksonienne seront incluses dans leur programme de huit semaines. La première séance aura lieu la première semaine et l'intervalle entre les séances sera de deux semaines (☁).



Figure 13 : Protocole réalisé par le groupe expérimental réalisant de l'APA et de l'hypnose.

Afin de répondre à notre question de recherche, les questionnaires ont été passés deux fois : au début du programme et à la fin du programme de huit semaines. Les séances d'hypnose Ericksonienne ont été administrées par Fourel Quentin, praticien en hypnose Ericksonienne certifié par l'organisme de formation « Psynapse ».

Lors de la première séance, un entretien préliminaire sera réalisé afin de mettre la personne en confiance. Définir ce qu'est l'hypnose, répondre aux questions et craintes éventuelles de la personne est essentiel pour un meilleur lâcher prise (anamnèse). Ensuite, le thérapeute instaurera un climat de sécurité et de confiance avec le patient permettant à celui-ci d'être pleinement détendu pour se fixer un objectif.

Ainsi, après avoir réalisé l'accueil de l'individu lors de la séance, le thérapeute énoncera la phrase suivante :

- Séance 1 : Aujourd'hui, nous parlerons de la "condition physique" (Item). J'aimerais savoir ce que vous entendez par "condition physique" (Item) et ce que vous souhaiteriez travailler sur ce domaine ?
- Séance 2 : Aujourd'hui, nous parlerons de la "compétence sportive" (Item). J'aimerais savoir ce que vous entendez par "compétence sportive" (Item) et ce que vous souhaiteriez travailler sur ce domaine ?
- Séance 3 : Aujourd'hui, nous parlerons de "l'apparence physique" (Item). J'aimerais savoir ce que vous entendez par "apparence physique" (Item) et ce que vous souhaiteriez travailler sur ce domaine ?
- Séance 4 : Aujourd'hui, nous parlerons de la "force" (Item). J'aimerais savoir ce que vous entendez par "force" (Item) et ce que vous souhaiteriez travailler sur ce domaine ?

Un temps de partage sera réalisé autour de la thématique. Le thérapeute utilisera le Milton modèle pour accompagner le sujet dans une discussion dite « thérapeutique » jusqu'à atteindre

un objectif dit « SMART » (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste, Temporellement défini). Après avoir conversé avec le patient, le thérapeute aura ainsi une vue d'ensemble sur les envies de l'individu et sur ses besoins mais aussi sur ce qu'il ne souhaite pas. Dès lors, il induira une transe hypnotique et appliquera le(s) protocole(s) le(s) plus adapté(s), selon lui, vis-à-vis des changements désirés.

Les quatre séances respecteront des thèmes de prise en charge faisant un lien avec les quatre sous-échelles de l'estime de soi physique :

Thème de la séance	Exemple de protocole d'hypnose Ericksonienne
Condition physique	Changer une croyance au niveau inconscient Protocole de contrôle de la douleur
Compétence sportive	Tigre intérieur Empilement d'ancres
Apparence physique	Processus des traumatismes Métaphore Ericksonienne
Force physique	Recadrage en transe Ancrage

Tableau 3 : Exemple de protocole mis en place en fonction du thème de la séance.

Le principe d'une séance d'hypnose

Lors d'une séance d'hypnose, le sujet passera par les cinq temps de l'hypnose (cf. figure 14) :

- 1) L'induction commence par un arrêt de la perception ordinaire avec une saturation des différents canaux sensoriels. Le praticien utilise une voix basse et monotone qui force le sujet à se concentrer sur les mots.
- 2) La confusion arrive pendant la phase d'induction le temps d'un bref intervalle amenant à un relâchement de la cognition du sujet propre à la réorganisation des perceptions.
- 3) La transe hypnotique est définie comme un état de dissociation psychique et de catalepsie du corps (Hilgard, 1974 ; Rossi et al., 1994). Le thérapeute va s'appuyer sur l'imagination dans cette troisième phase pour produire l'hallucination. Cette méthode va permettre au sujet d'imaginer par les suggestions, les métaphores (Haenni Chevalley et al., 2016) et l'imagerie de nouvelles possibilités pour réaliser un plan d'action.
- 4) La phase d'appropriation a pour but d'apporter au sujet toutes ses nouvelles possibilités pour qu'il se les approprie dans son organisation. Cette nouvelle potentialité se montrera

individuelle et collective puisque c'est en elle qu'est communiqué le projet de nos actions (Roustant, 1994).

- 5) Le retour à l'état de veille est une période transitoire de confusion, une nouvelle fois où le sujet va revenir avec l'expérience vécue en transe s'intégrant dans son quotidien. Le thérapeute effectue à ce moment précis un renforcement suggestif de la trace que laissera celle-ci dans la vie du sujet.

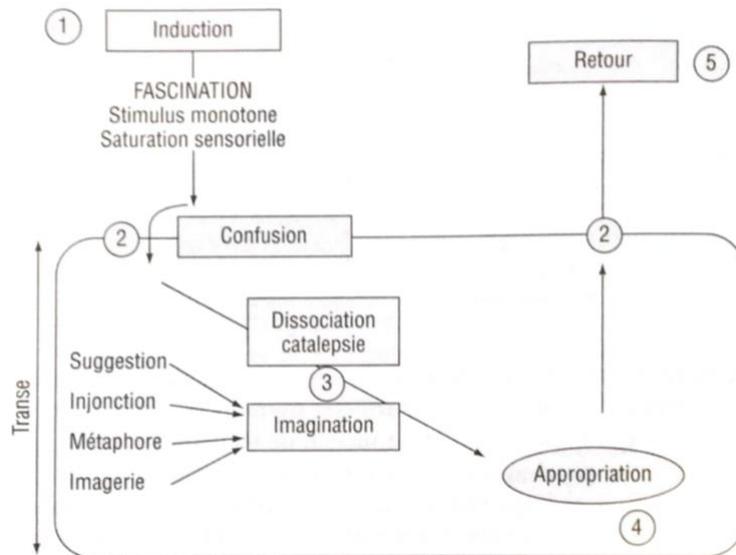


Figure 14 : les cinq temps de l'hypnose : l'induction, la confusion, la dissociation-catalepsie, l'appropriation et le retour (Salem & Bonvin, 2012).

Aucun retour ne sera réalisé après la séance mais un retour d'expérience sera réalisé à la séance suivante où le thérapeute prendra note de ce qui a changé pour le participant depuis la dernière séance. Ce feedback est utile pour le patient et pour le thérapeute afin de construire les futures séances et avoir un suivi.

IV. Résultats

1. Analyses préliminaires

Les analyses préliminaires de l'IMC et des six domaines étudiés de l'estime de soi présentés dans le tableau 3 montrent que nos deux groupes sont homogènes puisqu'il n'y a aucune différence au seuil de significativité ($p < .05$) entre les résultats obtenus entre les deux groupes avant l'étude. Ces résultats montrent que deux groupes ont des moyennes aux questionnaires et un IMC ne permettant pas de les différencier l'un de l'autre au début de protocole.

<i>AVANT</i>	<i>IMC</i>	<i>EG</i>	<i>VPP</i>	<i>E</i>	<i>CS</i>	<i>A</i>	<i>F</i>
<i>Contrôle</i>	43.46 (5.76)	2.88 (1.00)	2.16 (0.95)	1.80 (1.00)	1.15 (0.22)	3.13 (0.69)	2.80 (1.28)
<i>Expérimental</i>	38.78 (3.9)	3.71 (0.92)	2.63 (0.85)	2.00 (0.70)	1.64 (0.47)	3.76 (0.80)	2.48 (0.66)
<i>T-Test</i>	1.67 ^{n.s}	-1.00 ^{n.s}	-0.89 ^{n.s}	-0.39 ^{n.s}	-2.13 ^{n.s}	-1.40 ^{n.s}	0.58 ^{n.s}

EG = estime de soi globale ; VPP = valeur physique perçue ; E = endurance ; CS = compétence sportive ; A = apparence physique ; F = force

n.s : non significatif

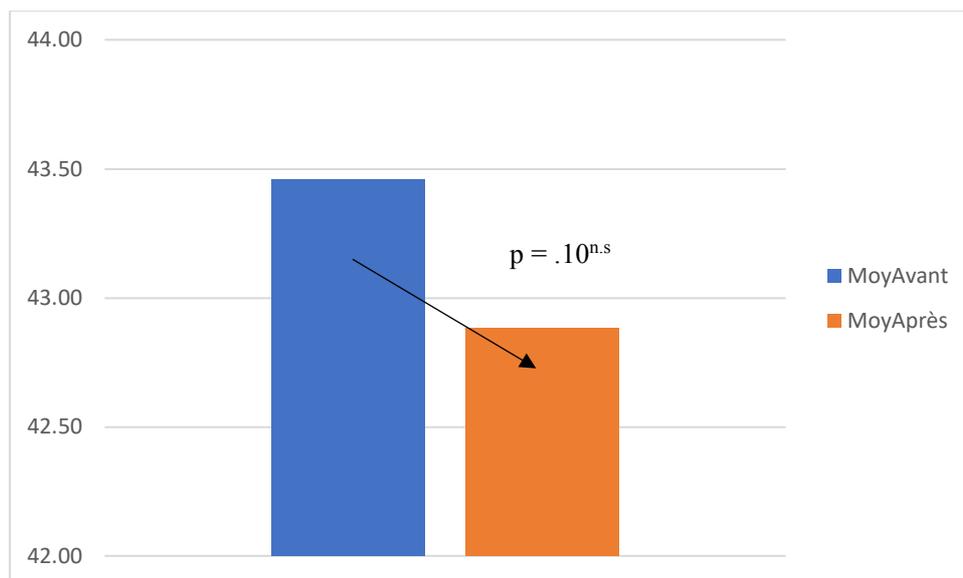
Tableau 4 : Présentation descriptive (Moyennes et Écarts-Types) des données avant l'étude concernant l'IMC, les domaines et sous-domaines de l'estime de soi.

2. Analyses de l'évolution des variables entre l'entrée dans le programme et la sortie.

Afin de mesurer l'évolution des variables dépendantes entre les deux temps de recueil de données (entrée vs. sortie), nous avons réalisé des test-t de Student pour échantillons appariés.

2.1. Évolutions groupe contrôle

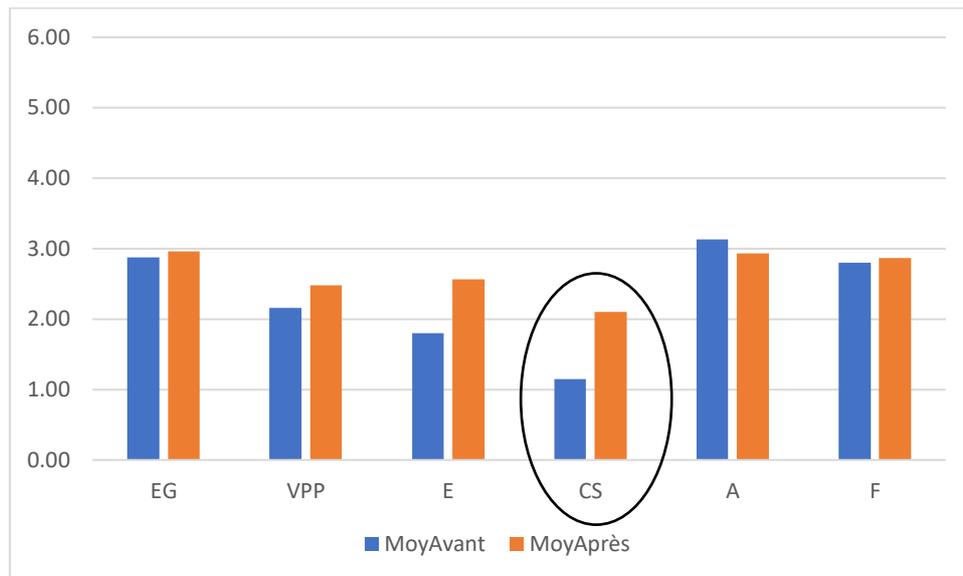
Les résultats ne montrent pas d'évolution significative de l'IMC ($IMC_{test1} = 43,46$ vs. $M_{test2} = 42,88$; $t = 2,11$, $p = .10$) ou de l'estime de soi pour le groupe contrôle. Les personnes ayant réalisés l'APA seule ont perdu du poids puisque leur IMC a baissé mais sur la moyenne du groupe, cette baisse n'est pas significative (cf. graphique 1).



n.s : non significatif

Graphique 1 : Histogramme de l'évolution de l'IMC des patients entre le début et la fin du programme d'hypnose.

On peut toutefois voir une évolution presque significative concernant le sous-domaine « compétence sportive » ($M_{\text{test1}} = 1.15$ vs. $M_{\text{test2}} = 2.10$; $p = .06$) (cf. graphique 2). Autrement dit l'estime de soi des participants du groupe contrôle n'a pas évolué après les 8 semaines mais le sous-domaine « compétence sportive » s'est amélioré ce qui montre que leur sentiment de compétence à pratiquer l'APA au sein de la structure est meilleur.

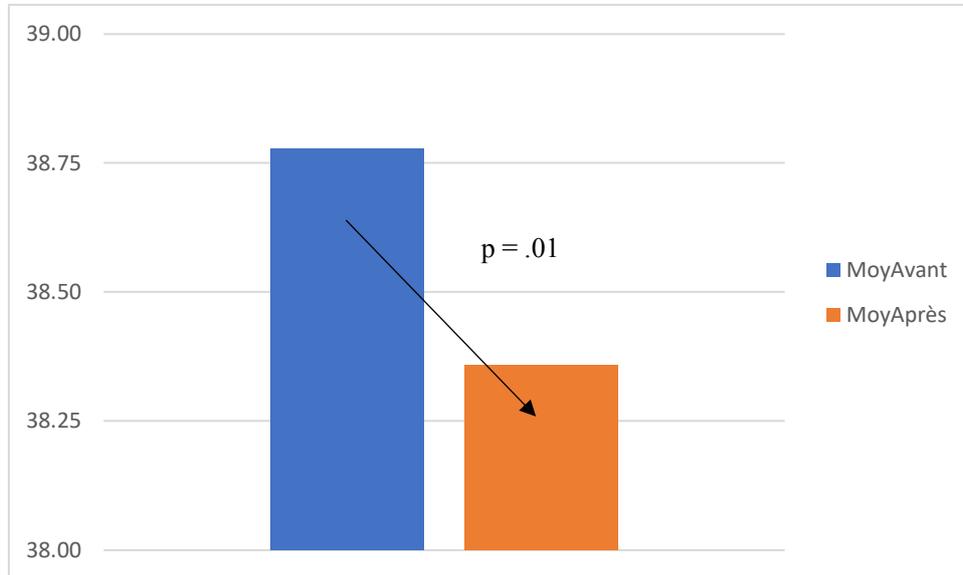


EG = estime de soi globale ; VPP = valeur physique perçue ; E = endurance ; CS = compétence sportive ; A = apparence physique ; F = force

Graphique 2 : Histogramme de l'évolution des moyennes obtenues aux questionnaires ISP-25 des domaines et sous-domaines de l'estime de soi avant et après le programme APA seule.

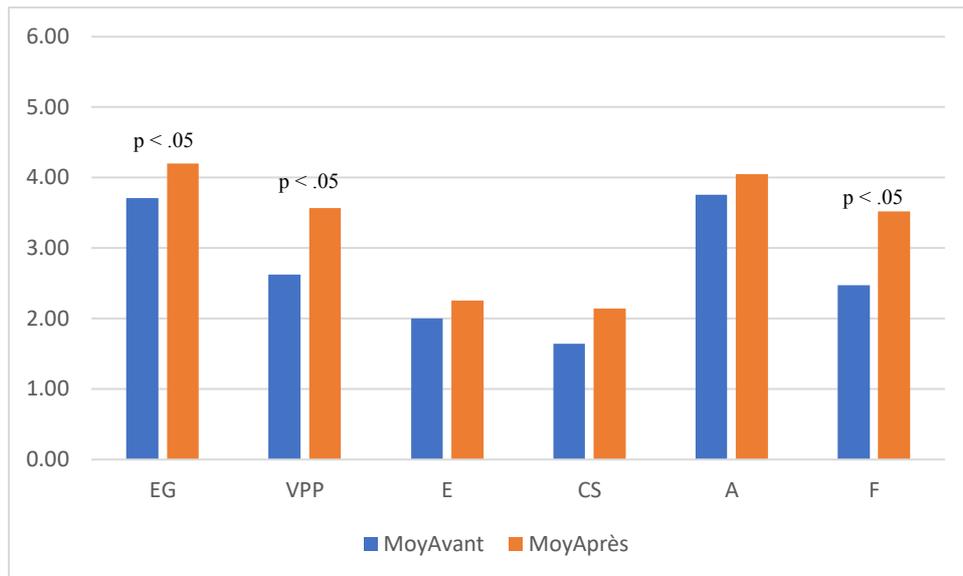
2.2. Évolutions groupe expérimental

Dans le groupe expérimental, le test de Student pour échantillons appariés montre une diminution significative de l'IMC ($IMC_{test1} = 38.78$ vs. $IMC_{test2} = 38.36$; $t = 3.68$, $p = .01$).



Graphique 3 : Histogramme de l'évolution de l'IMC des patients entre le début et la fin du programme d'hypnose.

De même, on voit une évolution significative de l'estime de soi globale ($EG_{test1} = 3.71$ vs. $EG_{test2} = 4.20$; $t = -2.27$, $p = .05$) de la valeur physique perçue qui augmente significativement ($VPP_{test1} = 2.63$ vs. $VPP_{test2} = 3.57$; $t = -5.13$, $p = .002$). Et enfin, une augmentation significative du sous-domaine "force" ($F_{test1} = 2.48$ vs. $F_{test2} = 3.52$; $t = -2.35$, $p = .05$). Plus précisément, les analyses montrent que le niveau d'estime de soi globale, de valeur physique perçue ainsi que du sous-domaine « force » augmentent entre les mesures à T1 et T2 montrant un effet positif significatif de la prise en charge en hypnose.



EG = estime de soi globale ; VPP = valeur physique perçue ; E = endurance ; CS = compétence sportive ; A = apparence physique ; F = force

Graphique 4 : Histogramme de l'évolution des moyennes obtenues aux questionnaires ISP-25 des domaines et sous-domaines de l'estime de soi avant et après les programmes d'hypnose.

3. Analyses des différences entre les deux groupes à la fin de l'étude.

Alors que les deux groupes étaient identiques avant le protocole, les analyses de Student sur échantillons indépendants montrent que les patients du groupe expérimental, à la fin de la prise en charge, présentent une moyenne significativement plus élevée du sous-domaine de l'estime de soi "apparence physique" ($M_{\text{contrôle}} = 2.93$ vs. $M_{\text{expérimental}} = 4.05$; $t = -2.14$; $p < .05$), du domaine de la Valeur Physique Perçue ($M_{\text{contrôle}} = 2.48$ vs. $M_{\text{expérimental}} = 3.57$; $t = -2.20$; $p < .05$), ainsi que de l'estime de soi globale ($M_{\text{contrôle}} = 2.96$ vs. $M_{\text{expérimental}} = 4.20$; $t = -2.39$; $p < .04$). En l'espèce, ces différences significatives entre les deux groupes sont apparues pendant ce protocole puisqu'il n'y avait aucunes différences au début de la prise en charge (T1). Ces différences nous indiquent que le groupe expérimental a une estime de soi globale et une valeur physique perçue significativement meilleur que le groupe contrôle. Ces analyses mettent aussi en avant une différence significative pour le sous-domaine « apparence physique » à l'avantage du groupe expérimentale, ce qui montre que les participants qui ont réalisé les séances d'hypnose ont une perception de leur apparence physique significativement meilleure que ceux du groupe contrôle après les 8 semaines.

APRÈS	IMC	EG	VPP	E	CS	A	F
Contrôle	42.88	2.96	2.48	2.56	2.10	2.93	2.87
	(5.33)	(1.17)	(0.86)	(0.94)	(0.65)	(1.14)	(1.36)
Expérimental	38.36	4.20	3.57	2.26	2.14	4.05	3.52
	(3.91)	(0.62)	(0.83)	(0.69)	(0.59)	(0.67)	(1.28)
T-Test	1.70	-2.39*	-2.20*	0.64	-0.12	-2.14*	-0.85

EG = estime de soi globale ; VPP = valeur physique perçue ; E = endurance ; CS = compétence sportive ; A = apparence physique ; F = force

* $p < .05$

Tableau 5 : Présentation descriptive (Moyennes et Écarts-Types) des données après l'étude concernant l'IMC, les domaines et sous-domaines de l'estime de soi.

V. Discussion

Au regard de la littérature, les nombreuses conséquences de l'obésité sur la santé ont permis de montrer l'intérêt d'une prise en charge globale du patient (médecin, nutritionniste, APA, kinésithérapie...). Dans une structure telle que Adapt'Sport, la prise en charge se limite à l'APA. Dans ce contexte et au regard de cette problématique, cette étude a permis de mettre en évidence le rôle d'une prise en charge plus globale en apportant l'hypnose Ericksonienne comme thérapie complémentaire à l'APA. Cette étude s'est principalement intéressée à l'impact d'une prise en charge en hypnose Ericksonienne (quatre séances d'une heure pendant huit semaines) en complément de l'APA sur l'estime de soi du patient obèse dans une structure de sport adapté.

Concernant le groupe ayant réalisé l'hypnose, les résultats ont montré l'évolution des deux domaines principaux « estime globale de soi » et « valeur physique perçue » ainsi qu'un des sous-domaine « force physique » de manière significative. Concernant le groupe APA, aucune amélioration significative n'a été montrée mais une forte évolution du sous-domaine « compétence sportive » qui pourrait laisser dire que les participants se sentent plus compétents dans leur pratique d'activité physique.

Avant tout, il est important de préciser que l'échantillon de patient (= 12 participants) ne permet pas d'élargir nos résultats à l'ensemble de la population obèse. Cependant, ces données sont intéressantes à commenter et à exploiter. Le manque de participants présents dans la structure (cause COVID19) et en cohérence avec les recommandations de la PNNS, l'APA a été proposée pour l'ensemble des participants empêchant la mise en place d'un troisième groupe (hypnose seule). Cette étude est novatrice puisqu'aucune étude n'a encore été réalisée sur la complémentarité entre l'APA et l'hypnose.

1. L'estime de soi

Comme nous l'avons vu à travers la littérature, de nombreuses études s'intéressent au thème de l'estime de soi (Brown, 1998; Campbell, 1984; Lehalle, 1995; Rogers, 1951; Rosenberg, 1979; Wylie, 1979). Au fil des années, cette notion s'est construite passant d'une vision unidimensionnelle à multidimensionnelle puis hiérarchique (Shavelson et al., 1976). Cette hiérarchisation a fait naître le domaine physique (valeur physique perçue) de l'estime de soi

ainsi que les sous-domaines qui en découlent (apparence physique perçue, compétence sportive, condition physique, force) (K. R. Fox & Corbin, 1989; Ninot et al., 2000a).

Malgré l'évolution historique de l'estime de soi, les auteurs ont souvent ciblé l'estime de soi globale chez le patient obèse (Degirmenci et al., 2015; Herbozo et al., 2015) sans s'avancer sur les différents sous-domaines du modèle hiérarchique. Dans les études observant les effets d'une prise en charge par l'APA, les exercices proposés n'ont pas permis de cibler spécifiquement les différents sous-domaines de l'estime de soi physique (Baur et al., 2011; Griffiths et al., 2010; Steinbeck et al., 2018). Il n'a donc pas encore été possible de montrer concrètement l'influence de l'APA sur les différentes sous-échelles de l'estime de soi physique.

D'un autre côté, l'hypnose n'a que très peu été étudiée ces vingt dernières années (10 études) (Milling et al., 2018) et seulement quelques-unes ont observé ces effets sur l'estime de soi (Barabasz & Spiegel, 1989; Bolocofsky et al., 1985; Cochrane & Friesen, 1986; Kirsch et al., 1995). Il semblait donc intéressant d'apporter un protocole théoriquement ciblé sur les quatre sous-domaines de l'estime de soi physique par l'hypnose afin d'observer les conséquences sur l'estime de soi physique et globale. Ainsi, le choix du questionnaire « ISP-25 » a permis une approche pertinente dans la mesure du soi physique. Proche de la théorie et du terrain, cette étude a eu pour but d'intégrer l'hypnose dans la prise en charge sans modifier l'APA réalisée au sein d'une structure proposant de l'APA.

Notre hypothèse était qu'une prise en charge par l'APA associée à de l'hypnose Ericksonienne d'une durée de huit semaines améliore davantage le niveau d'estime de soi physique et globale qu'une prise en charge par l'APA seule.

Contrairement à la grande majorité de ce qui a été démontré dans la littérature, aucune échelle de l'estime de soi n'a été améliorée de manière significative dans le groupe réalisant de l'APA seule (DiLorenzo et al., 1999; K. Fox, 2000; Kiernan et al., 2001; Liu et al., 2015; McAuley et al., 1997). Certaines études expliquent cependant nos résultats, en montrant que l'activité physique réalisée de manière isolée ne permettait pas une amélioration des facteurs psychologiques (Imayama et al., 2011). De plus, en cohérence avec le questionnaire utilisé, l'absence d'exercice visant l'influence de la perception de l'attrait corporel ne permet pas une amélioration du domaine de l'estime de soi physique (Megakli et al., 2017). En effet, ces résultats peuvent être expliqués par l'influence du facteur « apparence physique » qui a un peu diminué entre l'avant et l'après programme dans ce groupe contrôle et qui peut, selon Harter

(1990) et Sonstroem (1994) avoir, à lui seul, un impact conséquent sur l'estime de soi physique et l'estime de soi globale. La différence significative sur la sous-échelle « apparence physique » entre les deux groupes présente à la fin du protocole en faveur de l'hypnose nous montre bien l'intérêt de mettre en place un travail sur ce facteur dominant de l'estime de soi physique et globale. Lors des séances d'hypnose, le protocole des traumatismes a été utilisé à plusieurs reprises.

Cependant, même si l'image du corps joue un rôle important dans la construction de l'estime de soi, chez les femmes adultes obèses, ce serait plutôt le domaine « compétence » qui serait lié à l'estime de soi (Striegel-Moore & Franko, 2002). Cela nous permet d'émettre l'hypothèse qu'une amélioration de l'estime de soi pour les femmes se trouvant dans ce groupe contrôle est possible dans un futur proche car l'échelle « compétence sportive » c'est améliorer quasi-significativement.

Ces résultats peuvent aussi être expliqués par le manque d'assiduité (nombre d'heure par semaine) et de rigueur du protocole en APA. En effet, dans les études citées ci-dessus, les adhérents ont réalisé un programme d'APA strict car le contexte le permettait. Dans notre contexte, les adhérents sont présents selon leurs disponibilités et ont fait de leur mieux pour être présents sur l'ensemble des huit semaines.

Les résultats statistiques du groupe expérimental ne peuvent être comparés avec aucune autre étude car, comme expliqué précédemment, aucune étude n'avait encore lié hypnose et APA. Cependant, en se basant sur le modèle hiérarchique de Fox et Corbin (1989) présentant une relation interdépendante entre les domaines (estime de soi globale, valeur physique perçue) et les sous-domaines. Le protocole mis en place a été structuré pour travailler spécifiquement les sous-échelles de l'estime de soi physique afin de voir les répercussions d'une prise en charge spécifique du domaine physique sur l'estime de soi globale. Les résultats de l'évolution montrent une tendance à la hausse pour l'ensemble des sous-échelles et une amélioration significative de la « force perçue », de la « valeur physique perçue » et de « l'estime de soi globale ». Après huit semaines et quatre séances d'hypnose, les moyennes des scores obtenus au questionnaire « ISP-25 » ont montré qu'un travail ciblé sur les sous-échelles permettait une amélioration de l'estime de soi globale.

Concernant l'estime de soi globale, les résultats obtenus sont contraires à l'étude de Cochrane & Friesen (1986), qui a basé son travail sur la suralimentation et l'ego prônant la perte de poids n'entraînant pas d'amélioration significative de l'estime de soi. Cette étude a montré des résultats sur la perte de poids significative en plus d'une amélioration de l'estime de soi. Avoir comme cible thérapeutique la perte de poids ne doit pas être une priorité chez le sujet obèse.

Les résultats obtenus avant le programme ne montraient aucune différence significative entre les deux groupes sur l'ensemble des paramètres mesurés. Les résultats obtenus des comparaisons intergroupes après le programme montrent les différences significatives du sous-domaine « apparence physique », du domaine « valeur physique perçue » et de « l'estime de soi globale » en faveur de l'hypnose. L'hypnose a donc permis une évolution significative de la valeur physique perçue et de l'estime de soi globale, suffisamment importante, pour créer un écart avec le groupe APA seule. De plus le sous-domaine « apparence physique » n'a pas évolué significativement dans les deux groupes ce qui montre que l'amélioration importante du résultat du groupe hypnose et la baisse du groupe APA sur ce sous-domaine a permis aux adhérents d'avoir une perception de leur « apparence physique » significativement meilleure que le groupe APA seule après le programme. Un travail isolé sur l'apparence physique apporte des bénéfices supérieurs à une prise en charge en APA seule.

L'hypnose Ericksonienne est une thérapie brève, elle permet donc des effets immédiats sur le court et le long terme (M. H. Erickson & Rossi, 1999). Réaliser quatre séances en huit semaines entraînent un grand nombre de changements répondant aux objectifs individuels fixés pendant l'anamnèse (Tosti, 2017). Chaque objectif étant relié aux quatre sous-échelles de l'estime de soi et les sous-échelles dépendantes de la valeur physique perçue ainsi dépendante de l'estime de soi globale, les résultats finaux du groupe expérimental sont compréhensibles et valident le protocole mis en place.

Dans ce protocole, l'hypnose a permis une amélioration significative de l'estime de soi globale et du domaine physique de par une approche ciblée des sous-domaines de l'estime de soi du modèle hiérarchique alors que le groupe contrôle n'a permis aucune amélioration significative. L'hypothèse que le groupe réalisant de l'hypnose aura une amélioration de l'estime de soi supérieure au groupe contrôle est donc validée.

2. L'IMC

Dans la littérature, nous avons pu voir que, chez l'adulte obèse, l'IMC pouvait être corrélé à une faible estime de soi (Erermis et al., 2004). Améliorer ce facteur peut être un indicateur de l'amélioration de l'estime de soi globale chez le sujet obèse. Les conséquences de l'obésité n'étant pas que physiologiques mais aussi psychologiques et sociales, une approche globale semble nécessaire pour améliorer l'estime de soi comme explicité dans l'approche hiérarchique de K. R. Fox & Corbin (1989).

Les résultats obtenus montrent une diminution significative de l'IMC seulement dans le groupe expérimental. La prise en charge en APA n'a donc pas entraîné de perte de poids suffisamment importante comparé au groupe expérimental qui a vu une diminution significative entre l'avant et après programme. Ces résultats obtenus sont compréhensibles quand on compare de manière séparée le protocole qui a été mis en place avec les connaissances actuelles. En effet, une prise en charge spécifique sur les troubles associés à l'obésité et ne portant pas seulement sur la perte de poids permet une amélioration de l'estime de soi et une diminution du poids significative sur le long terme (Stradling et al., 1998). Cette diminution du poids par l'hypnose a déjà été démontrée dans plusieurs études sur des durées de prise en charge allant de quatre semaines à trois mois et les résultats sont bénéfiques sur le long terme (Barabasz & Spiegel, 1989; Bolocofsky et al., 1985; Cochrane & Friesen, 1986). Un suivi en hypnose Ericksonienne ciblant l'estime de soi permet une diminution significative de l'IMC lors d'un programme de huit semaines sans jamais parler de perte de poids.

3. Limites de l'étude

Tout d'abord, il faut rappeler que notre étude se situe dans un contexte spécifique : entreprise privée de sport adapté n'intégrant pas de programme strict pour les patients obèses mais une approche individualisée basée sur les objectifs de l'adhérent. Contrairement à un patient obèse qui irait dans un hôpital pour son obésité, les patients venant à Adapt'Sport peuvent venir pour un tout autre soin. C'est dans ce contexte que les patients ont été suivis et sélectionnés par ces critères : présence régulière (deux à trois fois par semaine) et disponibilité sur huit semaines consécutives. Ces critères ont limité notre échantillon (< 20) et cela ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population obèse. De plus, la participation de l'auteur au sein de

l'étude comme praticien en hypnose est aussi une limite à prendre en compte puisque celui-ci intervient aussi en tant qu'EAPA au sein de la structure. Les individus ont été tout de même suivis par l'ensemble des EAPA au sein de la structure sans modification de la prise en charge déjà mise en place.

Les limites du protocole d'hypnose sont aussi importantes à prendre en compte en vue d'améliorer la prise en charge. Les adhérents s'inscrivant au protocole n'ont pas toujours su trouver d'objectif en lien avec le thème de la séance car ils se sentaient en phase sur le thème travaillé. Dans cette situation, et en accord avec les principes de l'hypnose Ericksonienne : « pas de demande, pas d'accompagnement », le praticien a réalisé un protocole faisant revivre un souvenir agréable au participant. Dans ce cadre, le praticien renforce les encrages déjà mis en place lors des séances précédentes. De plus, le bruit environnant autour de la salle (musique, porte qui claque, voiture) a pu parfois gêner certains participants dans le bon déroulement de la séance. Dans sa globalité, le cadre de travail restait cependant idéal pour une prise en charge en hypnose.

Le choix du questionnaire reste aussi une limite par son manque d'utilisation dans les études. En effet, bien que ce questionnaire mesure spécifiquement l'estime de soi globale et l'estime de soi physique, le manque d'études comparatives ne permet pas de mettre en lumière les résultats des sous-domaines obtenus.

4. Perspectives de recherche

Concernant les perspectives de cette étude, plusieurs aspects peuvent être développés. Tout d'abord, il est nécessaire de rappeler que ce sujet est novateur dans la prise en charge du patient obèse ce qui laisse un champ de possibilités très vaste à d'autres recherches. On a pu voir que l'hypnose peut apporter un travail spécifique aux sous-domaines de l'estime de soi et les répercussions sont positives sur l'estime de soi globale et sur l'IMC du patient obèse sans même aborder le thème de la perte de poids. Il serait maintenant intéressant de voir l'évolution de ces résultats sur le long terme. Le protocole peut être réutilisé dans de nombreux contextes afin d'apporter des résultats sur une population plus conséquente afin de consolider la significativité des résultats. Le manque de participant n'a pas permis la mise en place d'un troisième groupe qui aurait pu réaliser seulement de l'hypnose. Il en vient que cette avancée puisse amorcer de nouvelles études avec n'importe quelle structure proposant de l'APA et/ou de l'hypnose. Ainsi,

l'hypnose Ericksonienne pourrait être proposée dans la prise en charge de patient obèse. Dans le contexte précis, l'hypnose pourra être ajoutée à la prise en charge en APA des adhérents d'Adapt'Sport en situation d'obésité désirant réaliser des séances dans un but d'améliorer leur estime de soi.

VI. Conclusion

En conclusion, cette étude a permis de mettre en avant la possible complémentarité de l'hypnose à l'APA dans la prise en charge de l'estime de soi de patient obèse. L'APA joue un rôle primordial dans la prise en charge du patient obèse et ces bienfaits touche le sujet dans sa globalité (physiologique, psychologique et sociales). Les résultats sont très intéressants et prometteurs pour les hypno-thérapeutes qui souhaiteraient promouvoir cette discipline qui ne demande qu'à être prouvée scientifiquement. Cette avancée permet de démystifier l'hypnose des idées reçues afin de créer une réelle rupture entre l'hypnose de spectacle et l'hypnose à visée thérapeutique. Cette étude a permis d'améliorer significativement l'estime de soi physique et globale des sept adhérents qui ont réalisé l'hypnose et chacun d'entre eux ont rapporté des bienfaits très positifs dans de multiples aspects de leur vie (réduction du stress, amélioration du sommeil, amélioration de l'humeur, diminution de vertiges). La prise en charge pluridisciplinaire est aujourd'hui essentielle tant la complexité de cette pathologie est élevée. L'activité physique adaptée reste un outil thérapeutique à part entière dans la prise en charge de l'obésité. Une complémentarité pourra ainsi se faire, dans un futur proche, entre EAPA et hypno-thérapeute.

Références bibliographiques

- Abrams, D. B., & Follick, M. J. (1983). Behavioral weight-loss intervention at the worksite : Feasibility and maintenance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(2), 226-233.
- Appart, A., Tordeurs, D., & Reynaert, C. (2007). La prise en charge du patient obèse : Aspects psychologiques. *Louvain Médical, 126*(5), 153-159.
- Asthana, H. S. (2012). Psycho-Social Correlates of Obesity. *Social Science International, 28*(2), 233-251.
- Barabasz, M., & Spiegel, D. (1989). Hypnotizability and weight loss in obese subjects. *International Journal of Eating Disorders, 8*(3), 335-341.
- Barry, V., Baruth, M., & Beets, M. (2014). Fitness vs. Fatness on all-cause mortality : A meta-analysis. *Progress in Cardiovascular Diseases, 382-390*.
- Baur, L. A., Hazelton, B., & Shrewsbury, V. A. (2011). Assessment and management of obesity in childhood and adolescence. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology, 8*(11), 635-645.
- Berdah, C. (2010). Obésité et troubles psychopathologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 168*(3), 184-190.
- Bo, S., Rahimi, F., Goitre, I., Properzi, B., Ponzo, V., Regaldo, G., Boschetti, S., Fadda, M., Ciccone, G., Abbate Daga, G., Mengozzi, G., Evangelista, A., De Francesco, A., Belcastro, S., & Broglio, F. (2018). Effects of Self-Conditioning Techniques (Self-Hypnosis) in Promoting Weight Loss in Patients with Severe Obesity : A Randomized Controlled Trial. *Obesity, 26*(9), 1422-1429.
- Bolocofsky, D. N., Spinler, D., & Coulthard-Morris, L. (1985). Effectiveness of hypnosis as an adjunct to behavioral weight management. *Journal of Clinical Psychology, 41*(1), 35-41.
- Borel, A., Nazare, J., & Baillot, A. (2017). Cardiometabolic risk improvement in response to a 3-years lifestyle modification program in men : Contribution of improved cardiorespiratory fitness vs. Weight loss. *American Journal of Physiology Endocrinol Metabolic, 273-281*.
- Brown, D. P., & Fromm, E. (1987). *Hypnosis and behavioral medicine*. L. Erlbaum Associates.
- Brown, J. D. (1998). *The self*. McGraw-Hill.
- Browning, R. C., Reynolds, M. M., Board, W. J., Walters, K. A., & Reiser, R. F. (2013). Obesity does not impair walking economy across a range of speeds and grades. *Journal of Applied Physiology, 114*(9), 1125-1131.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1990). *Une psychologie du corps*. Presses Universitaires de France.
- Campbell, J. (1984). The new science. *University New York : Press of America*.

- Chastenet de Puysegur, A. (1784). *Mémoires pour servir à l'histoire et à l'établissement du magnétisme animal*.
- Chertok, L. (1990). *L'hypnose, blessure narcissique*. Delagrangue.
- Clamens, C., d'Hombres, A., Chapet, O., Deberne, M., Femenias, E., Fourny, S., Gonin, J., Tur, C., Serre, C., Valadier, E., & Berardet, E. (2017). Formation à l'hypnose et son impact pour le patient et les professionnels dans le département de radiothérapie des Hospices civils de Lyon. *Cancer/Radiothérapie*, 21(6-7), 718.
- Clark, J. (2015). Diet, exercise or diet with exercise : Comparing the effectiveness of treatment options for weight-loss and changes in fitness for adults (18-65 years old) who are overfat, or obese ; systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 31.
- Cochrane, G., & Friesen, J. (1986). Hypnotherapy in weight loss treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 489-492.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. Freeman.
- Cramer, H., Lauche, R., Paul, A., Langhorst, J., Kümmel, S., & Dobos, G. J. (2015). Hypnosis in Breast Cancer Care : A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Integrative Cancer Therapies*, 14(1), 5-15.
- Cuvelier, A., & Taillé, C. (2019). Face aux patients obèses : Un nécessaire changement de paradigme. *Revue des Maladies Respiratoires*, 36(8), 915-918.
- De Brantl, J.-P. (2004). *Nutrition et Obésité*. 18(3), 147-155.
- Degirmenci, T., Oguzhanoglu, N., Sozeri-Varma, G., Ozdel, O., & Frenkco, S. (2015). Psychological Symptoms in Obesity and Related Factors. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 1(52), 42-46.
- DiLorenzo, T. M., Bargman, E. P., Stucky-Ropp, R., Brassington, G. S., Frensch, P. A., & LaFontaine, T. (1999). Long-Term Effects of Aerobic Exercise on Psychological Outcomes. *Preventive Medicine*, 28(1), 75-85.
- Dreher, M., & Kabitz, H.-J. (2012). Impact of obesity on exercise performance and pulmonary rehabilitation : Exercise and rehabilitation in obesity. *Respirology*, 17(6), 899-907.
- Ekeland, E. (2005). Can exercise improve self esteem in children and young people? A systematic review of randomised controlled trials * Commentary. *British Journal of Sports Medicine*, 39(11), 792-798.
- Elmesmari, R., Martin, A., Reilly, J. J., & Paton, J. Y. (2018). Comparison of accelerometer measured levels of physical activity and sedentary time between obese and non-obese children and adolescents : A systematic review. *BMC Pediatrics*, 18(1), 106.
- Erermis, S., Cetin, N., Tamar, M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F., & Goksen, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International*, 46(3), 296-301.

- Erickson, M. (1999). *De la nature de l'hypnose et de la suggestion*. (A. Touyarot & J. Taillander, Trad.; Satas, Vol. 1).
- Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1999). *L'intégrale des articles d'Érickson sur l'hypnose*. Éditions Satas.
- Expert Consultation on Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases, Weltgesundheitsorganisation, & FAO (Éds.). (2003). *Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: Report of a WHO-FAO Expert Consultation; [Joint WHO-FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases, 2002, Geneva, Switzerland]*. World Health Organization.
- Faure, S. (2014). Médicaments de l'obésité. *Actualités pharmaceutiques.*, 532.
- Flammer, E., & Alladin, A. (2007). The Efficacy of Hypnotherapy in the Treatment of Psychosomatic Disorders : *Meta-analytical Evidence*. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 251-274.
- Fox, K. (2000). *Self-esteem, self-perceptions and exercise*. 228-240.
- Fox, K. R. (Éd.). (1997). *The physical self: From motivation to well-being*. Human Kinetics.
- Fox, K. R., & Corbin, C. B. (1989). The Physical Self-Perception Profile : Development and Preliminary Validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11(4), 408-430.
- Fuhr, K., Schweizer, C., Meisner, C., & Batra, A. (2017). Efficacy of hypnotherapy compared to cognitive-behavioural therapy for mild-to-moderate depression : Study protocol of a randomised-controlled rater-blind trial (WIKI-D). *BMJ Open*, 7(11).
- Gaida, J. E., Ashe, M. C., Bass, S. L., & Cook, J. L. (2009). Is adiposity an under-recognized risk factor for tendinopathy? A systematic review. *Arthritis & Rheumatism*, 61(6), 840-849.
- Gauchet, M. (1992). *L'inconscient cérébral*. Seuil.
- Green, J. P., & Lynn, S. J. (2000). Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation : An examination of the evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 195-224.
- Grégoire, C., Faymonville, M.-E., Vanhauzenhuyse, A., Jerusalem, G., Willems, S., & Bragard, I. (2020). Randomized controlled trial of a group intervention combining self-hypnosis and self-care : Secondary results on self-esteem, emotional distress and regulation, and mindfulness in post-treatment cancer patients. *Quality of Life Research*.
- Griffiths, L. J., Parsons, T. J., & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents : A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(4), 282-304.
- Haenni Chevalley, C., Chambouleyron, M., Lagger, G., & Golay, A. (2016). La métaphore, un

espace de rencontre en éducation thérapeutique du patient. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 10(7), 666-670.

Hammond, D. (1990). *Hypnotic Suggestions and Metaphors*. (Norton&Company).

Hanley, F. W. (1967). The Treatment of Obesity by Individual and Group Hypnosis. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 12(6), 549-551.

Hanse, B. (2009). Estime de soi et pédagogie du projet. *VST - Vie sociale et traitements*, 103(3), 68.

Harriger, J. A., & Thompson, J. K. (2012). Psychological consequences of obesity : Weight bias and body image in overweight and obese youth. *International Review of Psychiatry*, 24(3), 247-253.

Harter, S. (1983). *The development of the self-system* (Social and personality development., Vol. 4).

Harter, S. (1988). *Causes, correlates, and the functional role of global self-worth : A lifespan perspective*. (Competence considered).

Haute Autorité de Santé. (2011). *Surpoids et Obésité de l'adulte : Prise en charge médicale de premier recours*.

Heap, M. (2000). The alleged dangers of stage hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 17(3), 117-126.

Heap, M., Aravind, K. K., Waxman, D., & Hartland, J. (2002). *Hartland's medical and dental hypnosis* (4th ed). Churchill Livingstone.

Heo, M., Allison, D. B., Faith, M. S., Zhu, S., & Fontaine, K. R. (2003). Obesity and Quality of Life : Mediating Effects of Pain and Comorbidities. *Obesity Research*, 11(2), 209-216.

Herbozo, S., Schaefer, L. M., & Thompson, J. K. (2015). A comparison of eating disorder psychopathology, appearance satisfaction, and self-esteem in overweight and obese women with and without binge eating. *Eating Behaviors*, 17, 86-89.

Hilgard, J. R. (1974). Imaginative involvement: Some characteristics of the highly hypnotizable and the non-hypnotizable. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 22(2), 138-156.

Hill, A. J. (2005). Psychological aspects of obesity. *Psychiatry*, 4(4), 26-30.

Imayama, I., Alfano, C. M., Kong, A., Foster-Schubert, K. E., Bain, C. E., Xiao, L., Duggan, C., Wang, C.-Y., Campbell, K. L., Blackburn, G. L., & McTiernan, A. (2011). Dietary weight loss and exercise interventions effects on quality of life in overweight/obese postmenopausal women : A randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 118.

Inserm. (2019). *Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques*.

Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2006). *Obésité : Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge*. Inserm.

Ismail, I., Keating, S., & Baker, M. (2012). A systematic review and meta-analysis of the effect of aerobic vs. Resistance exercise training on visceral fat. *Obesity Review*, *46*, 66-67.

Jackson, S. E., Beeken, R. J., & Wardle, J. (2014). Perceived weight discrimination and changes in weight, waist circumference, and weight status. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, *22*(12), 2485-2488.

Jakicic, J., Marcus, B., & Lang, W. (2008). Effect of exercise on 24 month weight loss maintenance in overweight women. *Arch Intern Med*, *168*, 1550-1559.

Jantaratnotai, N., Mosikanon, K., Lee, Y., & McIntyre, R. S. (2017). The interface of depression and obesity. *Obesity Research & Clinical Practice*, *11*(1), 1-10.

Jeffery, R. W., Vender, M., & Wing, R. R. (1978). Weight loss and behavior change 1 year after behavioral treatment for obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*(2), 368-369.

Kaminsky, L. A., & Dewey, D. (2014). The Association between Body Mass Index and Physical Activity, and Body Image, Self Esteem and Social Support in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, *38*(4), 244-249.

Karcher, B., & Cherikh, F. (2015). Estime de soi et insatisfaction corporelle dans la prise en charge médicale et psychologique des patients boulimiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *173*(8), 675-680.

Kiernan, M., King, A. C., Stefanick, M. L., & Killen, J. D. (2001). Men Gain Additional Psychological Benefits by Adding Exercise to a Weight-Loss Program. *Obesity Research*, *9*(12), 770-777.

Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy : A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*(2), 214-220.

Kroger, W. (1970). Comprehensive management of obesity. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 165-176.

Lau, D. C. W., Douketis, J. D., Morrison, K. M., Hramiak, I. M., Sharma, A. M., Ur, E., & pour les membres du Groupe d'experts d'Obésité Canada sur les lignes directrices. (2007). Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants [sommaire]. *Canadian Medical Association Journal*, *176*(8), SF1-SF14.

Le Barzic, M. (2001). Le syndrome de restriction cognitive : De la norme au désordre du

comportement alimentaire. *Diabetes Métabolism*, 27, 512-516.

Lee, D., Shook, R. P., Drenowatz, C., & Blair, S. N. (2016). Physical activity and sarcopenic obesity : Definition, assessment, prevalence and mechanism. *Future Science OA*, 2(3), FSO127.

Lehalle, H. (1995). *Psychologie des adolescents*. Presses universitaires de France.

Li, T. Y., Rana, J. S., Manson, J. E., Willett, W. C., Stampfer, M. J., Colditz, G. A., Rexrode, K. M., & Hu, F. B. (2006). Obesity as Compared With Physical Activity in Predicting Risk of Coronary Heart Disease in Women. *Circulation*, 113(4), 499-506.

Liu, M., Wu, L., & Ming, Q. (2015). How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(8).

Maïano, C., Morin, A. J. S., Ninot, G., Monthuy-Blanc, J., Stephan, Y., Florent, J.-F., & Vallée, P. (2008). A short and very short form of the physical self-inventory for adolescents : Development and factor validity. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(6), 830-847. 3

Mather, A. A., Cox, B. J., Enns, M. W., & Sareen, J. (2009). Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviors in a nationally representative sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(4), 277-285.

Maxwel. (1679). *De medicina Magnetica*.

McAuley, E., Mihalko, S. L., & Bane, S. M. (1997). Exercise and self-esteem in middle-aged adults : Multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of Behavioral Medicine*, 20(1), 67-83.

Megakli, T., Vlachopoulos, S. P., Thøgersen-Ntoumani, C., & Theodorakis, Y. (2017). Impact of aerobic and resistance exercise combination on physical self-perceptions and self-esteem in women with obesity with one-year follow-up. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 15(3), 236-257.

Mesmer, F. A., & Nicolas, S. (2005). *Précis historique des faits relatifs au magnétisme animal : 1781* (Reprod. en fac-sim).

Miller, C. T., & Downey, K. T. (1999). A Meta-Analysis of Heavyweight and Self-Esteem. *Personality and Social Psychology Review*, 3(1), 68-84.

Milling, L. S., Gover, M. C., & Moriarty, C. L. (2018). The effectiveness of hypnosis as an intervention for obesity : A meta-analytic review. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 5(1), 29-45.

Montgomery, G. H., Duhamel, K. N., & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia : How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 138-153.

- Moreni, A., & Barber, A. (2015). Origines et histoire de l'hypnose. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(162), 14-19.
- Mubiri, M.-A., Richard, M., & Bioy, A. (2015). Place de l'autohypnose dans la prise en charge de la douleur. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 16(3), 116-123.
- Ninot, G., Delignières, D., & Fortes, M. (2000a). L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel. *Staps*, 53, 35-48.
- Ninot, G., Delignières, D., & Fortes, M. (2000b). L'évaluation de l'estime de soi dans le domaine corporel. *Revue STAPS*, 53, 35-48.
- Ninot, G., Fortes, M., Leymarie, S., Brun, A., Poulain, M., Desplan, J., & Varray, A. (2002). Effects of an intensive-period inpatient rehabilitation programme on the perceived physical self in moderate chronic obstructive pulmonary disease patients. *International Journal of Rehabilitation Research*, 6, 51-55.
- Nurlita, H., Purba, M., & Paramastri, I. (2007). Hipnoterapi untuk penurunan berat badan pada individu obes. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 4(1), 30.
- Obépi-Roche, R. (2012). *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité*. Paris : Inserm/TNS Healthcare/Roche.
- O'Dea, J. A. (2006). Self-concept, Self-esteem and Body Weight in Adolescent Females : A Three-year Longitudinal Study. *Journal of Health Psychology*, 11(4), 599-611.
- Organisation Mondiale de la Santé (Éd.). (1997). *Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale ; rapport d'une consultation de l'OMS*. (Genève: Organisation Mondiale de la Santé).
- Organisation Mondiale de la Santé. (2003). *Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*. (N° 894; OMS, Série de rapports techniques).
- Organisation mondiale de la Santé, & Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. (2003). *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques* (Série de rapports techniques N° 916).
- Palmeira, A. L., Markland, D. A., Silva, M. N., Branco, T. L., Martins, S. C., Minderico, C. S., Vieira, P. N., Barata, J. T., Serpa, S. O., Sardinha, L. B., & Teixeira, P. J. (2009). Reciprocal effects among changes in weight, body image, and other psychological factors during behavioral obesity treatment: A mediation analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6(1), 9.
- Paracelse. (1494). *Des forces de l'aimant : 1494-1541*.
- Paraponaris, A., Saliba, B., & Ventelou, B. (2005). Obesity, weight status and employability : Empirical evidence from a French national survey. *Economics & Human Biology*, 3(2),

241-258.

Pellegrini, M. (2008). L'hypnose éricksonienne dans la prise en charge de la douleur chronique. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 9(2), 65-70.

Pérez-Martin, A., Dumortier, M., & Raynaud, E. (2001). Balance of substrate oxidation during submaximal exercise in lean and obese people. *Diabetes Métabolism*, 27, 466-474.

Proctor, M. H., Moore, L. L., Gao, D., Cupples, L. A., Bradlee, M. L., Hood, M. Y., & Ellison, R. C. (2003). Television viewing and change in body fat from preschool to early adolescence : The Framingham Children's Study. *International Journal of Obesity*, 27(7), 827-833.

Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity Stigma : Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019-1028.

Raich, R., Torras, J., & Sanchez-Carracedo, D. (2001). Body image in a sample of adolescent students. *Book of abstracts European Council on Eating Disorders*.

Rana, J. S., Li, T. Y., Manson, J. E., & Hu, F. B. (2007). Adiposity Compared With Physical Inactivity and Risk of Type 2 Diabetes in Women. *Diabetes Care*, 30(1), 53-58.

Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 325-344.

Richardson, J., Smith, J. E., McCall, G., Richardson, A., Pilkington, K., & Kirsch, I. (2007). Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy : A systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*, 16(5), 402-412.

Rodriguez-Ayllon, M., Cadenas-Sánchez, C., Estévez-López, F., Muñoz, N. E., Mora-Gonzalez, J., Migueles, J. H., Molina-García, P., Henriksson, H., Mena-Molina, A., Martínez-Vizcaíno, V., Catena, A., Löf, M., Erickson, K. I., Lubans, D. R., Ortega, F. B., & Esteban-Cornejo, I. (2019). Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Medicine*, 49(9), 1383-1410.

Rogers, C. (1951). Client-centered therapy. Boston : Houghton-Mifflin. *Journal of Clinical Psychology*, 7(3), 294-295.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. Basic Books.

Rossi, E. L., Bernot, J.-C., & Meylan Pernet, C. (1994). *Psychobiologie de la guérison influence de l'esprit sur le corps : Nouveaux concepts d'hypnose thérapeutique*. Hommes et perspectives : Paris : Desclée De Brouwer.

Rousseau, A. (2014). Thérapies cognitivo-comportementales et troubles alimentaires, image du corps et obésité. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 24(3), 89-91.

Roustang, F. (1994). *Qu'est-ce que l'hypnose ?* (Les éditions de minuit).

- Runhaar, J., Koes, B. W., Clockaerts, S., & Bierma-Zeinstra, S. M. A. (2011). A systematic review on changed biomechanics of lower extremities in obese individuals : A possible role in development of osteoarthritis: Obese biomechanics of everyday movements. *Obesity Reviews*, *12*(12), 1071-1082.
- Salem, G., & Bonvin, É. (2012). *Soigner par l'hypnose*. Elsevier Masson.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., & Fabricatore, A. N. (2005). Psychosocial and Behavioral Aspects of Bariatric Surgery. *Obesity Research*, *13*(4), 639-648.
- Schwingshackl, L., Dias, S., & Strasser, B. (2013). Impact of different training modalities on anthropometric and metabolic characteristics in overweight/obese subjects : A systematic review and network meta-analysis. *PLOS ONE*, *8*.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-Concept : Validation of Construct Interpretations. *Review of Educational Research*, *46*(3), 407-441.
- Sonstroem, R. (1997). The physical self-system : A mediator of exercise and self-esteem. *The physical self: From motivation to well-being*, 3-26.
- Sonstroem, R. J. (1998). 6 Physical Self-Concept : Assessment and External Validity. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, *26*, 133-164.
- Starobinski, J. (1999). *Action et réaction : Vie et aventures d'un couple*. Editions du Seuil.
- Steinbeck, K. S., Lister, N. B., Gow, M. L., & Baur, L. A. (2018). Treatment of adolescent obesity. *Nature Reviews Endocrinology*, *14*(6), 331-344.
- Stradling, J., Roberts, D., Wilson, A., & Lovelock, F. (1998). Controlled trial of hypnotherapy for weight loss in patients with obstructive sleep apnoea. *International Journal of Obesity*, *22*(3), 278-281.
- Strasser, B., Arvandi, M., & Siebert, U. (2012). Resistance training, visceral obesity and inflammatory response : A review of the evidence. *Obesity Review*, *13*, 578-591.
- Striegel-Moore, R., & Franko, B. (2002). Body image issues among girls and women. *Body image: a handbook of theory, research and clinical practice.*, 183-191.
- Stunkard, A. (1976). *The pain of obesity*. (Bull).
- Sudres, J.-L., Dupuy, M., Ghrib, F., Desjardins, H., Hubert, I., Glattard, M., Diene, G., Arnaud, C., Tauber, M., & Jouret, B. (2013). Adolescents obèses : Évaluation de l'image du corps, de l'estime de soi, de l'anxiété et de la dépression. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *61*(1), 17-22.
- Taylor, A. H., & Fox, K. R. (2005). Effectiveness of a Primary Care Exercise Referral Intervention for Changing Physical Self-Perceptions Over 9 Months. *Health Psychology*, *24*(1), 11-21.

- Teixeira, P. J., Silva, M. N., Coutinho, S. R., Palmeira, A. L., Mata, J., Vieira, P. N., Carraça, E. V., Santos, T. C., & Sardinha, L. B. (2010). Mediators of Weight Loss and Weight Loss Maintenance in Middle-aged Women. *Obesity, 18*(4), 725-735.
- Thorogood, A., Mottillo, S., & Shimony, A. (2011). Isolated aerobic exercise and weight loss : A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Medicine, 747-755*.
- Thurman, M. J., & Joan, R. (1979). Obesity and Hypnosis : A Review of the Literature. *American Journal of Clinical Hypnosis, 22*(1), 3-7.
- Tosti, G. (2017). *Le grand livre de l'hypnose*.
- Van Dyck, D., Cerin, E., & Bourdeaudhuij, I. (2015). International study of objectively measured physical activity and sedentary time with body mass index and obesity : IPEN adult study. *International Journal of Obesity, 199-207*.
- Van Helmont. (1621). *Le traitement magnétique des plaies*.
- Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1994). The (Limited) Possibilities of Hypnotherapy in the Treatment of Obesity. *American Journal of Clinical Hypnosis, 36*(4), 248-257.
- van Zutven, K., Mond, J., Latner, J., & Rodgers, B. (2015). Obesity and psychosocial impairment : Mediating roles of health status, weight/shape concerns and binge eating in a community sample of women and men. *International Journal of Obesity, 39*(2), 346-352.
- Verheggen, R., Maessen, M., & Green, D. (2016). A systematic review and meta-analysis on the effects of exercise training versus hypocaloric diet : Distinct effects on body weight and visceral adipose tissue. *Obesity Review, 17*, 664-690.
- World Health Organization. (2010). *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*. Organisation mondiale de la santé.
- Wright, M. E., & Wright, B. A. P. (1987). *Clinical practice of hypnotherapy*. Guilford Press.
- Wylie, R. (1979). *The self-concept, Volume 2 : Theory and research on selected topics*.
- You, T., Arsenis, N., & Disanzo, B. (2014). Effects of exercise training on chronic inflammation in obesity : Current evidence and potential mechanisms. *Sports Medicine, 44*, 487-499.
- Zamboni, M., Mazzali, G., Fantin, F., Rossi, A., & Di Francesco, V. (2008). Sarcopenic obesity : A new category of obesity in the elderly. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases, 18*(5), 388-395.

Table de référence

1. Tableaux

Tableau 1 : Classification du surpoids et de l'obésité par l'IMC, selon l'OMS (2003).....	2
Tableau 2 : Caractéristiques des patients inclus dans le protocole.....	32
Tableau 3 : Exemple de protocole mis en place en fonction du thème de la séance.....	37
Tableau 4 : Présentation descriptive (Moyennes et Écarts-Types) des données avant l'étude concernant l'IMC, les domaines et sous-domaines de l'estime de soi.	39
Tableau 5 : Présentation descriptive (Moyennes et Écarts-Types) des données après l'étude concernant l'IMC, les domaines et sous-domaines de l'estime de soi.	44

2. Figures et graphiques

Figure 1 : OECD Rapport statistique de l'obésité dans le monde en 2016 (OECD Health Statistics, 2018).	3
Figure 2 : Lien pathologique entre obésité et dépression (Jantaratnotai et al., 2017).	6
Figure 3 : Résultats des mesures du fonctionnement psychosocial et des préoccupations du poids du sujet non obèse et obèse (Van Zutven et al., 2015).	7
Figure 4 : Milton Erickson	14
Figure 5 : Résultats obtenus sur l'évolution des poids en fonction des groupes.....	17
Figure 6 : Résultats de l'évolution du poids sur 18 mois pour les trois groupes issus de l'étude de Stradling et al., (1998).	18
Figure 7 : Schéma présentant les trois modèles de l'estime de soi (K. R. Fox & Corbin, 1989)	20
Figure 8 : Modèle multidimensionnel et hiérarchique du concept de Soi de Shavelson, Hubner et Stanton (1976).	22
Figure 9 : Modélisation hiérarchique de l'estime de soi dans le domaine corporel (Fox & Corbin, 1989).....	23
Figure 10 : « pyramide somato-psychique » (Sudres et al., 2013).....	25
Figure 11 : Résultat obtenu au questionnaire de Rosenberg après l'intervention en hypnose (Grégoire et al., 2020).	28
Figure 12 : Protocole réalisé par le groupe contrôle réalisant seulement de l'APA.	35

Figure 13 : Protocole réalisé par le groupe expérimental réalisant de l'APA et de l'hypnose. 35

Figure 14 : les cinq temps de l'hypnose : l'induction, la confusion, la dissociation-catalepsie, l'appropriation et le retour (Salem & Bonvin, 2012). 38

Graphique 1 : Histogramme de l'évolution de l'indice de masse corporelle (IMC) des patients entre le début et la fin du programme d'hypnose. 40

Graphique 2 : Histogramme de l'évolution des moyennes obtenues aux questionnaires ISP-25 des domaines et sous-domaines de l'estime de soi avant et après le programme APA seule. . 41

Graphique 3 : Histogramme de l'évolution de l'indice de masse corporelle (IMC) des patients entre le début et la fin du programme d'hypnose. 42

Graphique 4 : Histogramme de l'évolution des moyennes obtenues aux questionnaires ISP-25 des domaines et sous-domaines de l'estime de soi avant et après les programmes d'hypnose. 43

Annexes

Annexe 1

Nom Prénom – xx ans – Objectifs : limiter la fatigue, renfo musculaire, cardio, ...

Abonnement :

Début :

Fin :

<i>Séance / Date</i>	Cardio	APA	Remarques
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

Annexe 2



IMC > 30
Indice de Masse Corporel

POIDS
TAILLE²



L'hypnose Ericksonienne est une thérapie permettant de mobiliser les ressources personnelles. C'est un bon moyen d'agir sur le stress, la perte de poids, le sommeil...



- VOUS GARDEZ LE MÊME SUIVI QUE D'HABITUDE CHEZ ADAPT'SPORT
- LES 4 SÉANCES D'HYPNOSE SONT INCLUES DANS VOTRE ABONNEMENT
- LES SÉANCES SONT RÉALISÉES AU SEIN DE LA STRUCTURE ADAPT'SPORT

GRUPE RÉALISANT LES 4 SÉANCES D'HYPNOSE

Bilan DÉBUT



8 semaines chez Adapt'Sport

Bilan FIN



Semaine 1



Semaine 3

+



Semaine 5



Semaine 7

GRUPE NE RÉALISANT PAS DE SÉANCE D'HYPNOSE

Bilan DÉBUT



8 semaines chez Adapt'Sport

Bilan FIN



Annexe 3



Lettre d'information destinée aux patients pour une participation à un protocole de recherche en Hypnose Ericksonienne et Activités Physique Adaptées.

Titre du protocole : *Effet d'un programme en Hypnose Ericksonienne accompagné d'une prise en charge en Activités Physiques Adaptées (APA) sur l'évolution du bien-être de personnes obèses au sein de la structure Adapt'Sport.*

Madame, monsieur

Nous vous proposons de participer à un suivi en hypnose Ericksonienne en complément de vos séances d'activité physique adaptée (APA) et d'évaluer son effet sur le bien-être par le biais d'un questionnaire. Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste ce protocole.

Déroulement du protocole : lors de votre 1^{er} rendez-vous avec l'enseignant en APA, vous allez remplir le questionnaire ISP-25. Ce jour-là, des explications détaillées vous seront transmises sur la manière de remplir le questionnaire. Vous suivrez le programme d'activités physiques adaptées proposé au sein de la structure Adapt'Sport. À côté de cette prise en charge, vous réaliserez 4 séances d'hypnose Ericksonienne respectant 4 items : « condition physique », « condition sportive », « apparence physique », « force physique ». Lors de votre dernier rendez-vous, au moment du bilan, vous aurez à remplir une nouvelle fois le même questionnaire que précédemment.

Information et confidentialité du protocole : Toutes les informations recueillies lors de ce protocole seront traitées de façon confidentielle. Toutes ces informations seront traitées dans le plus strict secret médical, et votre anonymat sera préservé. La présentation des résultats de ce protocole en activités physiques adaptées ne comportera aucun résultat individuel.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce protocole. Vous pouvez également décider en cours de prise en charge d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Si vous êtes d'accord pour participer à ce protocole, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Annexe 4



Lettre de consentement destinée aux patients pour une participation à un protocole de recherche en Hypnose Ericksonienne et Activités physique Adaptée.

Titre du protocole : *Effet d'un programme en Hypnose Ericksonienne accompagné d'une prise en charge en activités physiques adaptées (APA) sur l'évolution du bien-être de personnes obèses au sein de la structure Adapt'Sport.*

Je soussigné(e) ,
accepte de participer au protocole de recherche.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que mes informations personnels (sexe, âge, IMC) puissent être accessibles aux responsables du protocole.

A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera entièrement préservé.

J'ai bien compris que ma participation à ce protocole de recherche est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours de prise en charge.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer au protocole qui m'est proposé.

Fait à Le

Signature du responsable du protocole

Signature du patient

Annexe 5

QUESTIONNAIRE ISP-25

Date : Nom : Prénom :

CONSIGNES

Les phrases suivantes expriment des sentiments, des opinions ou des réactions sur soi. Pour chaque phrase, cochez la réponse qui vous ressemble le plus entre Pas du tout (1), Très peu (2), Un peu (3), Assez (4), Beaucoup (5), Tout à fait (6). Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

	Pas du tout	très peu	Un peu	Assez	Beau- coup	Tout à fait
1. J'ai une bonne opinion de moi -----	0	0	0	0	0	0
2. Globalement, je suis satisfait(e) de mes capacités physiques	0	0	0	0	0	0
3. Je ne peux pas courir longtemps sans m'arrêter -----	0	0	0	0	0	0
4. Je trouve la plupart des sports faciles -----	0	0	0	0	0	0
5. Je n'aime pas beaucoup mon apparence physique -----	0	0	0	0	0	0
6. Je pense être plus fort(e) que la moyenne -----	0	0	0	0	0	0
7. Il y a des tas de choses en moi que j'aimerais changer -----	0	0	0	0	0	0
8. Physiquement, je suis content(e) de ce que je peux faire ----	0	0	0	0	0	0
9. Je serais bon(ne) dans une épreuve d'endurance -----	0	0	0	0	0	0
10. Je trouve que je suis bon(ne) dans tous les sports -----	0	0	0	0	0	0
11. J'ai un corps agréable à regarder -----	0	0	0	0	0	0
12. Je serais bon(ne) dans une épreuve de force -----	0	0	0	0	0	0
13. Je regrette souvent ce que j'ai fait -----	0	0	0	0	0	0
14. Je suis confiant(e) vis-à-vis de ma valeur physique -----	0	0	0	0	0	0
15. Je pense pouvoir courir longtemps sans être fatigué (e) -----	0	0	0	0	0	0
16. Je me débrouille bien dans tous les sports -----	0	0	0	0	0	0
17. Personne ne me trouve beau (belle) -----	0	0	0	0	0	0
18. Face à des situations demandant de la force, je suis le (la) premier(ière) à proposer mes services -----	0	0	0	0	0	0
19. J'ai souvent honte de moi -----	0	0	0	0	0	0
20. En général, je suis fier(ière) de mes possibilités physiques --	0	0	0	0	0	0
21. Je pourrais courir 5 km sans m'arrêter -----	0	0	0	0	0	0
22. Je réussis bien en sport -----	0	0	0	0	0	0
23. Je voudrais rester comme je suis -----	0	0	0	0	0	0
24. Je suis bien avec mon corps -----	0	0	0	0	0	0
25. Je ne suis pas très bon(ne) dans les activités d'endurance telles que le vélo ou la course -----	0	0	0	0	0	0

Merci d'avoir répondu

Résumé

Contexte. L'obésité est aujourd'hui un problème de santé publique qui doit être pris en charge dans sa globalité tant les conséquences sont importantes. De nombreuses structures de sport santé ne peuvent proposer que de l'APA auprès de leur public. L'apport d'une thérapie complémentaire pour le traitement des conséquences psychologique, dont l'estime de soi, se voit intéressante pour ce type de contexte. C'est dans ce contexte que ce mémoire va s'intéresser aux effets d'une complémentarité entre hypnose et APA sur l'estime de soi du patient obèse.

Objectif. Le but de cette étude était de voir les effets d'un suivi en hypnose Ericksonienne en complément de l'APA réalisée au sein d'une structure de sport santé sur l'évolution de l'estime de soi globale d'adultes en situation d'obésité.

Méthodes. Les participants (=12) ont répondu au questionnaire ISP-25 au début et à la fin du programme de huit semaines. Le groupe contrôle a réalisé de l'APA sans aucune modification. Le groupe expérimental a réalisé de l'APA sans aucune modification et quatre séances d'hypnose Ericksonienne.

Résultats. Les résultats pré-expérimentaux n'ont montré aucunes différences significatives entre les deux groupes sur l'ensemble des paramètres mesurés. Les résultats post-expérimentaux nous montrent aucune évolution du groupe contrôle. Une évolution significative des sous-échelles « force » et des échelles « valeur physique perçue » et « estime de soi globale » a été mesurée pour le groupe hypnose. Des différences significatives sont apparues sur les échelles « valeur physique perçue » et « estime de soi globale » et de la sous-échelle « apparence physique perçue » entre les deux groupes à la fin du programme en faveur de l'hypnose.

Conclusion. L'hypnose associée à l'APA dans la prise en charge du patient en situation d'obésité permet une amélioration de l'estime de soi physique et globale alors que l'APA seule n'apporte pas d'amélioration significative après huit semaines. La validation du protocole auprès d'une plus grande population est nécessaire pour valider une complémentarité.

Mots-clés : Obésité, Estime de soi, Hypnose, Activités physiques adaptées.

Abstract

Background. Obesity is now a public health problem that must be addressed in its entirety as the consequences are significant. Many sport and health structures can only offer APA to their public. The contribution of a complementary therapy for the treatment of psychological consequences, including self-esteem, is interesting in this type of context. It is in this context that this thesis will focus on the effects of a complementarity between hypnosis and APA on the self-esteem of the obese patient.

Objective. The aim of this study was to see the effects of a follow-up in Ericksonian hypnosis in complement of the APA carried out within a physical and health activity structure on the evolution of the global self-esteem of adults in situation of obesity.

Methods. Participants (=12) filled in the ISP-25 questionnaire at the beginning and end of the eight weeks program. Control group do APA without any modification. Experimental group do APA without any modification and four Ericksonian hypnosis sessions.

Results. Pre-experimental results showed no significant differences between the two groups on any of the parameters measured. Post-experimental results showed no evolution in the control group. A significant evolution of the subscales "strength" and "perceived physical value" and "global self-esteem" was measured for the hypnosis group. Significant differences appeared on the "perceived physical value" and "global self-esteem" scales and on the "perceived physical appearance" subscale between the two groups at the end of the program in favor of hypnosis.

Conclusion. Hypnosis associated with APA in the management of the obese patient allows an improvement of the physical and global self-esteem whereas APA alone does not bring a significant improvement after eight weeks. Validation of the protocol in a larger population is necessary to validate complementarity.

Keywords : Obesity, Self-esteem, Hypnosis, Physical activity.