

Année universitaire 2024-2025

Master 1^{ère} année

Master STAPS mention : *Activité Physique Adaptée et Santé*

Parcours : *Activité physique adaptée et santé*

MEMOIRE

TITRE : Effets d'un programme de danse thérapeutique sur la régulation de l'alimentation émotionnelle chez des femmes en situation d'obésité.

Par : MME. DEPREUX-MARIETTE Fleur

Sous la direction de : MME. MAINGUET Brigitte

Soutenu à la Faculté des Sciences du Sport et

de l'Éducation Physique le :

24/06/2025

« La Faculté des Sciences du Sport et de l'Éducation Physique n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires ; celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Remerciements

Je tiens à remercier,

Le Centre CETRADIMN de Roubaix, pour m'avoir accueillie au sein de leur structure pour la réalisation de mon stage de Master 1 en Activités Physiques Adaptées.

Monsieur Descatoire Aurélien, Docteur en Activité Physique Adaptée, pour avoir accepté de m'encadrer et de m'accompagner durant toute la durée de mon stage.

Madame Mainguet Brigitte, Docteure en psychologie à la Faculté des sciences du sport et de l'éducation physique de Lille, pour son accompagnement tout au long de mon mémoire, sa disponibilité et ses conseils qui m'ont permis la réalisation de ce mémoire.

Madame Lenec Caroline, psychologue, et Madame Maertens Lola, Enseignante en Activité Physique Adaptée, pour m'avoir orientée et conseillée dans la préparation de ce mémoire.

Ma famille et mes amis pour leur soutien, leurs encouragements et leurs conseils.

Et bien sûr, un grand merci à toutes les patientes pour avoir accepté de participer à mes séances d'activité physique adaptée, puisque, sans elles, ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour.

Glossaire

Alimentation émotionnelle : “Tendance à manger en réponse à des émotions (positives ou négatives), plutôt qu’aux signaux physiologiques de faim ou de satiété.” (Geliebter et Aversa, 2003 ; Macht, 2008 ; p.7).

Alimentation intuitive : “Approche alimentaire centrée sur l’écoute des signaux internes de faim et de satiété, sans restriction cognitive, visant à restaurer une relation apaisée à la nourriture.” (Tribole et Resch, 2020 ; p.15).

Conscience corporelle : “Capacité à percevoir, différencier et interpréter les signaux internes du corps, incluant la respiration, la tension musculaire, le rythme cardiaque et les émotions associées.” (Mehling et al., 2011 ; p.9).

Danse-thérapie : “Approche thérapeutique basée sur l’utilisation du mouvement dansé comme moyen d’expression et de transformation émotionnelle, visant le mieux-être physique et psychique.” (Meekums, 2002 ; p.8).

Estime de soi : “Attitude globale, favorable ou défavorable, qu’un individu porte sur lui-même, influençant ses comportements, ses relations sociales et son bien-être psychologique.” (Rosenberg, 1965 ; p.7).

Interoception : “Capacité à percevoir les signaux physiologiques internes de son corps (comme la faim, la douleur ou la température).” (Mehling et al., 2011 ; p.13).

Théorie des marqueurs somatiques : “Modèle neuropsychologique selon lequel les émotions sont le résultat de modifications physiologiques du corps perçues par le cerveau, et ces ressentis corporels jouent un rôle déterminant dans la prise de décision et la conscience émotionnelle.” (Damasio, 1999 ; p.10).

Liste des abréviations

ACT	Acceptance and Commitment Therapy (Thérapie d'Acceptation et d'Engagement)
BES	Binge Eating Scale
DASS	Depression Anxiety Stress
DEBQ	Dutch Eating Behavior Questionnaire (Questionnaire des comportements alimentaires)
DMT	Dance Movement Therapy (Danse-mouvement-thérapie)
EMAQ	Emotional Appetite Questionnaire (Questionnaire de l'appétit émotionnel)
IES	Impact of Event Scale (Échelle d'Impact de l'Événement)
ERQ	Emotion Regulation Questionnaire (Questionnaire de régulation des émotions)
IMC	Indice de Masse Corporelle
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
ISP	Inventaire du Soi Physique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
POMS	Profile of Mood States (Profil des états d'humeur)
TCA	Troubles des conduites Alimentaire
TFEQ	Three-Factor Eating Questionnaire (Questionnaire des trois facteurs de l'alimentation)

SOMMAIRE

Partie 1 : LE MEMOIRE

A. Introduction :	6
B. Revue de la littérature :	6
1. L'impact de l'activité physique dans la régulation de l'alimentation émotionnelle :	8
2. La danse: une accroche psycho-corporelle globale :	10
2.1. Le rôle du cervelet :	10
2.2. La Régulation émotionnelle :	11
2.2.1. La conscience corporelle : un facteur clé dans la régulation émotionnelle :	12
2.3. Estime de soi :	14
3. Limites de l'activité physique dans la régulation de l'alimentation émotionnelle :	15
4. Problématique et hypothèse :	15
C. Matériel et Méthodes :	16
1. Caractéristiques de la population étudiée :	16
2. Protocole mis en place :	16
3. Programmation de l'intervention :	17
4. Outils d'évaluation :	18
5. Tests statistiques utilisés et Seuil de significativité :	19
D. Analyse statistique :	20
1. Présentation des données :	20
2. Résultats des tests :	20
2.1. Résultats de l'ISP-25 :	20
2.2. Résultats de l'EMAQ (Emotional Appetite Questionnaire) :	21
2.3. Corrélation entre alimentation émotionnelle (EMAQ) et estime de soi (ISP-25) :	21
2.4. Données qualitatives issues des fiches de suivi corporelles :	22
E. Discussion :	23
Conclusion :	26
Bibliographie	27
Annexes	31

Partie 1 : LE MEMOIRE

A. Introduction :

Depuis la fin des années 1990, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1997) considère l'obésité comme une épidémie mondiale en raison de sa progression et de ses conséquences sanitaires importantes. En 2024, l'OMS réaffirme que l'obésité est un problème de santé publique majeur dans le monde, chez l'adulte comme chez l'enfant (OMS, 2024). Cette maladie métabolique se traduit par une accumulation anormale de graisse, caractérisée par un indice de masse corporelle (IMC) égal ou supérieur à 30 kg/m² (Haslam James, 2005). Elle est un facteur de risque de différentes pathologies chroniques comme : des maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2, des troubles musculosquelettiques et certains cancers, en plus d'une mort prématurée (Ng et al. 2025).

Au-delà de ses conséquences pour le corps, l'obésité induit également des difficultés psychosociales comme : une faible estime de soi, de l'anxiété, de la dépression et un repli sur soi (Puhl Heuer, 2009). Ces problèmes psychosociaux ont un impact sur les façons de s'alimenter, et contribuent à enclencher et à maintenir un cercle vicieux dans lequel la nourriture devient un moyen de gérer ses émotions. Alors, de plus en plus de prises en charge cherchent à associer des démarches focalisées sur les émotions avec des approches comportementales ou corporelles.

Une étude de Jauregui-Lobera (2014) révèle que près de 57 % des personnes obèses présentent des comportements d'alimentation émotionnelle, c'est-à-dire une propension à se nourrir en réponse à des émotions, plutôt qu'en fonction des besoins physiologiques de l'organisme. Ce type de comportement peut être stimulé par des états affectifs négatifs (stress, colère, tristesse), mais aussi par des sensations positives (joie, excitation) et s'accompagne souvent d'une préférence pour les aliments gras ou sucrés de type "nourriture réconfortante" (Macht, 2008; Nolan Halperin, 2014). L'alimentation émotionnelle, bien que normale à bien des égards, devient néfaste lorsqu'elle s'installe et s'automatise, à tel point qu'elle en devient compulsive, et, in fine, d'empirer l'état de santé de l'individu tant sur le plan physique que psychique (Bruch, 1961; Koçak Çağatay, 2024).

Pour répondre à la problématique de l'alimentation émotionnelle, diverses approches thérapeutiques ont été développées, incluant notamment le travail sur la régulation émotionnelle. Parmi ces approches, les traitements fondés sur la pleine conscience (Mindfulness, en anglais) ainsi que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) semblent avoir des effets intéressants.

Le programme MB-EAT (Mindfulness-Based Eating Awareness Training) développé par Kristeller et Wolever (2011) se compose de douze séances de groupe, visant à aider les individus à se reconnecter à leurs sensations de faim, de satiété et au plaisir de manger. Grâce à des exercices de méditation, de dégustation consciente de l'alimentation ou encore d'échanges en groupe, ce protocole permet de restaurer la perception des signaux internes et de réduire les comportements d'impulsivité alimentaire. Les auteurs se sont servis d'échelles telles que le Binge Eating Scale (BES), le Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ), et de questionnaires de pleine conscience afin d'apprécier l'effet. Leurs résultats indiquent une réduction des comportements alimentaires compulsifs, sans impact cependant sur la perte de poids. De leur côté, Forman et al. (2013) ont utilisé la thérapie d'acceptation et d'engagement dans un programme de dix semaines. En travaillant leur engagement dans des actions en phase avec leurs valeurs et en acceptant leurs ressentis, l'objectif était d'aider les patients à développer une flexibilité psychologique. Pour mesurer les progrès, ils ont utilisé l'Acceptance and Action Questionnaire-II mais aussi des outils mesurant l'évitement du corps et les comportements alimentaires. Là aussi, les résultats ont été positifs concernant la diminution de ces conduites d'évitement et de cette tendance à l'alimentation émotionnelle.

Par ailleurs, une étude pilote sur cinq semaines, portant sur les effets de la danse thérapeutique (DMT) avec cent cinquante-huit femmes en situation d'obésité pratiquant de l'alimentation émotionnelle (Vaverniece et al., 2012), a révélé, après la thérapie, une diminution des symptômes de détresse psychologique, une amélioration de la perception du corps, une augmentation de l'estime de soi, ainsi qu'une diminution des comportements d'alimentation émotionnelle. Ces résultats suggèrent que la danse, en impliquant le corps, les émotions et la qualité de la relation au mouvement, constitue une approche à même de traiter plusieurs facteurs psychologiques en cause dans l'alimentation émotionnelle. Cette étude est un premier élément en faveur d'une approche basée sur la danse en tant qu'outil d'intervention.

C'est pourquoi, l'objectif de cette étude est d'évaluer dans quelle mesure une activité physique d'expression corporelle (en l'occurrence la danse-thérapie) peut contribuer à modifier la relation à l'alimentation émotionnelle, au-delà des approches diététiques et psychologiques traditionnelles.

B. Revue de la littérature :

1. L'impact de l'activité physique dans la régulation de l'alimentation émotionnelle :

L'activité physique, en particulier lorsqu'elle est régulière et modérée, a des effets positifs sur la santé mentale et la régulation émotionnelle (Ekkekakis et al., 2013). Dans leur recherche, les auteurs se sont intéressés aux différentes façons dont l'activité physique pourrait nous aider à mieux contrôler nos émotions, et montrent une baisse du cortisol, mesuré via des dosages salivaires, une augmentation de la dopamine, évaluée via des biomarqueurs sanguins, et une amélioration de l'image corporelle, mesuré à l'aide d'échelles telles que le Body Image Scale ou l'Eating Disorder Inventory. Le programme se déroule sur douze semaines, avec trois à cinq séances par semaine de trente à quarante-cinq minutes d'effort d'intensité modérée (endurance et musculation), le tout ponctué de tests à T0, T6 semaines, et T12 semaines pour évaluer l'évolution des marqueurs physiques et psychiques. Tous ces paramètres tendent à la réduction du recours à la nourriture comme biais de gestion émotionnelle.

Dans cette perspective, Opdenacker et al. (2009) ont mené une expérimentation avec cent-trois adultes en surpoids, séparés en deux groupes : un « groupe témoin » et un groupe « expérimental » qui avaient suivi un programme combiné d'activité physique et d'éducation nutritionnelle pendant seize semaines. Les outils d'évaluation incluaient des journaux alimentaires (les participants indiquaient la nature et la quantité de leurs repas au cours de la semaine, permettant une analyse qualitative de leurs habitudes alimentaires, notamment lors d'émotions stressantes), des mesures anthropométriques (comprenant le poids, l'IMC et le tour de taille) et des questionnaires de comportements alimentaires (principalement le Three-Factor Eating Questionnaire). Les résultats ont montré une diminution de l'alimentation non contrôlée liée aux émotions dans le groupe actif.

Dans une étude complémentaire, Schubert et Sabiston (2019) ont également conduit leur recherche, cette fois avec cent-cinquante-deux étudiants de dix-huit à vingt-cinq ans. Au moyen de questionnaires, comme le TFEQ (Three-Factor Eating Questionnaire). Les auteurs mettent en évidence le fait que les personnes les plus actives sentent mieux les signaux de satiété, réduisant ainsi la surconsommation émotionnelle.

D'autres données de la littérature confirment cette tendance. En effet, Donnelly et al. (2013) ont réalisé une large revue de littérature à partir de trente-deux articles sur l'activité physique et la consommation alimentaire, et y ont constaté que la pratique d'une activité physique développait la conscience corporelle et la capacité à identifier ses besoins physiologiques, entre autres, grâce à la répétition des mouvements et aux routines corporelles.

Enfin, Van Strien (2018) a spécifiquement exploré les bénéfices du yoga, de la danse et de la marche en pleine conscience sur la conscience corporelle et les comportements alimentaires, dans un échantillon de cent-vingt-huit femmes en situation d'obésité. Le protocole comprenait douze semaines de pratiques, avec des questionnaires administrés en pré et post-test (EMAQ, DEBQ). Les résultats ont montré une baisse significative des comportements alimentaires émotionnels, suggérant que les activités corps-esprit ont un effet tampon face aux émotions négatives. Selon l'auteur, toutes ces activités physiques, à travers leurs mouvements lents et attentifs, accroissent l'attention corporelle et la conscience de soi des individus.

2. La danse: une accroche psycho-corporelle globale :

2.1. Le rôle du cervelet :

Si le cervelet est historiquement considéré comme le garant des fonctions motrices, il est également essentiel dans le fonctionnement émotionnel (Schmahmann et al., 2019). En effet, il est en lien avec des structures du système limbique (l'amygdale et l'hippocampe) et participe aux processus émotionnels à travers la mise en relation des informations sensorielles issues des stimuli émotionnels. Ainsi, les informations sensorielles issues du corps sont au cœur de la physiologie du contrôle postural et du vécu émotionnel. Les fuseaux neuromusculaires, les terminaisons nerveuses libres et les corpuscules de Vater-Pacini présents dans la peau, ainsi que des capteurs spécialisés situés dans nos organes internes, renseignent en continu le système nerveux central sur l'état interne et externe du corps. Ces informations afférentes, une fois traitées par le cervelet, permettent non seulement de contrôler les mouvements et de stabiliser la posture, mais ont également une influence sur le vécu émotionnel (Schmahmann et al., 2019). De cette façon, le cervelet, qui intervient dans la coordination des mouvements, agit également comme un capteur permettant de réguler nos émotions en intégrant les informations sensorielles du corps. Autrement dit, le cervelet ne pratiquerait pas strictement des fonctions motrices puisqu'il pourrait traiter des signaux corporels associés aux émotions (comme la tension musculaire ou la posture), et ainsi moduler notre vécu émotionnel. Cette hypothèse rejoint l'intérêt des pratiques corporelles développant l'écoute des sensations du corps comme peut en revêtir la danse thérapeutique. En cultivant une plus grande attention aux ressentis corporels, ces pratiques pourraient renforcer notre capacité à réguler nos émotions en mobilisant, à travers le corps, à la fois la dimension motrice mais également affective.

Selon Damasio (1999), les émotions prennent leur source au niveau des changements physiologiques du corps, que le cerveau perçoit ensuite comme des sensations émotionnelles. Cette conception des émotions, appelée théorie des marqueurs somatiques, suggère que des changements

corporels tels qu'une augmentation du rythme cardiaque, de la tension musculaire ou de la fréquence respiratoire sont détectés par le cerveau et participent à la formation de l'émotion. Ainsi, un cœur qui bat vite, une respiration courte et une tension musculaire peuvent être interprétés comme une sensation de peur, alors qu'un relâchement du corps facilitera un sentiment de calme ou de bien-être.

Pour souligner ces propos, il ressort de l'étude de Nummenmaa et al. (2014) que les émotions peuvent être « localisées » biologiquement dans le corps : en effet, à partir de plus de sept cents questionnaires, des participants ont colorié sur la silhouette d'un corps les zones où ils ressentaient différentes émotions après avoir vu des images ou lu des mots à connotation émotionnelle. Pour les auteurs, cela signifie que les émotions sont ancrées dans des sensations corporelles, et que les pratiques corporelles (comme la danse) peuvent aider à les réguler. Ils stipulent que plus on augmente la conscience des sensations vécues à l'intérieur de notre corps, plus cela est bénéfique pour repérer, identifier et réguler ses émotions et, à ce titre, diminuer les effets de l'alimentation émotionnelle.

2.2. La Régulation émotionnelle :

D'après Koch et al. (2019), dans leur méta-analyse de quarante et une études sur les effets de la danse-thérapie, des améliorations positives quant à la gestion des émotions, de l'humeur et de l'expression émotionnelle ont été observées. Par exemple, dans le cas d'études utilisant le Profile of Mood States (POMS) et l'Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), on peut noter des évolutions positives sur des populations diverses : femmes adultes, seniors, patients atteints de troubles psychiques ou de maladies chroniques. Ces changements semblent encore plus significatifs pour les protocoles de suivi de plus de huit semaines, combinant danse intuitive, danse improvisée et temps de parole.

De manière cohérente, Zhang et Wei (2024) ont porté leur attention sur l'impact d'un protocole de Dance Movement Therapy (DMT) sur cent-deux femmes atteintes de troubles de l'humeur. Une session hebdomadaire de soixante minutes était proposée sur dix semaines. Il en est ressorti que les niveaux d'anxiété, de stress et de troubles dépressifs, évalués par l'échelle DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale), diminuaient après l'intervention.

Si ces travaux ne s'intéressent pas aux processus neurophysiologiques impliqués (tels que la neuroplasticité) (Guan et al., 2015), ils font ressortir des retentissements significatifs sur le plan émotionnel : meilleure capacité à reconnaître et à verbaliser ses émotions, réduction des comportements d'évitement émotionnel et acquisition de ressources internes de régulation. Koch et

al. (2019) relèvent par ailleurs que ces effets gagnent en intensité lorsque la prise en charge fait appel à des dimensions expressives et symboliques, comme c'est souvent le cas en danse-thérapie, qui est propice à une mise en mouvement des affects ressentis et à une transformation corporelle des tensions psychiques.

Par conséquent, malgré l'absence de données objectives de l'activité neuronale, ces études viennent étayer la danse en tant qu'approche pertinente de la régulation émotionnelle, notamment dans les pathologies caractérisées par le stress, l'anxiété ou des troubles de l'humeur.

2.2.1. La conscience corporelle : un facteur clé dans la régulation émotionnelle :

La conscience corporelle, c'est-à-dire l'aptitude à percevoir et à interpréter les signaux émis par le corps, est une compétence clé de l'autorégulation émotionnelle (Mehling et al., 2011). En effet, le fait de porter attention aux sensations corporelles permet de mieux identifier ses émotions, de comprendre comment elles se traduisent à travers le corps et de pouvoir y répondre de manière plus adéquate. Autrement dit, l'attention portée aux sensations physiques semble favoriser le développement de l'autorégulation émotionnelle et pourrait ainsi participer à la diminution des conduites impulsives, telles que les comportements alimentaires émotionnels (Fischer et al., 2017 ; Herbert et al., 2013).

Mehling et al. (2011), à travers une étude qualitative approfondie, ont proposé un cadre conceptuel structurant pour comprendre cette conscience corporelle (Tableau 1). Vingt-quatre experts en thérapies corps-esprit (tels que le yoga, le tai-chi, ou la méditation de pleine conscience) ont été interrogés afin d'explorer la structure multidimensionnelle de la conscience corporelle. À l'aide d'entretiens semi-directifs, les chercheurs ont dégagé sept dimensions de la conscience corporelle. Bien que cette étude ne repose pas sur un protocole expérimental classique, elle fournit un cadre conceptuel rigoureux pour comprendre la manière dont les sensations corporelles sont intégrées dans la régulation émotionnelle. Les auteurs concluent que la conscience corporelle est une ressource émotionnelle essentielle, mobilisable dans de nombreuses approches thérapeutiques.

Dimension	Description
Présence corporelle	Capacité à ressentir son corps ici et maintenant, sans distraction.
Perception des sensations internes	Sensibilité aux signaux internes (respiration, rythme cardiaque, tension, etc.).
Régulation émotionnelle via le corps	Utilisation du ressenti corporel pour identifier et ajuster ses états émotionnels.
Confiance corporelle	Sentiment de sécurité et de fiabilité dans les sensations corporelles.
Distinction sensation / interprétation	Aptitude à différencier ce qui est perçu corporellement de l'interprétation mentale.
Écoute sans jugement	Réception des sensations corporelles sans évaluation ni autocritique.
Connexion corps-esprit	Perception du lien global entre états mentaux et ressentis corporels.

Tableau 1 : Dimensions de la conscience corporelle selon Mehling et al. (2011)

Sur le plan des comportements alimentaires, plusieurs études ont observé que des individus en situation d'obésité et présentant des troubles du comportement alimentaire ont souvent une conscience corporelle altérée, autrement dit une capacité réduite à percevoir ou interpréter adéquatement leurs signaux internes. Herbert et al. (2013), Daubenmier (2005) ou encore Van Dyke et Drinkwater (2014) mettent en avant que cette altération interoceptive favorise l'apparition de conduites alimentaires maladaptatives, telles que l'alimentation émotionnelle ou la suralimentation boulimique.

Selon Daubenmier (2005), l'existence d'une conscience corporelle de qualité favorise une connexion entre les signaux internes (faim, satiété, ...) et les comportements alimentaires. Dans son étude, cent trente-huit femmes adultes ont été comparées en fonction de si elles pratiquaient ou non du yoga, à l'aide de questionnaires validés sur la conscience corporelle, l'intéroception et les troubles du comportement alimentaire. Les résultats ont montré que les femmes pratiquant régulièrement du yoga avaient une meilleure conscience de leurs sensations corporelles et moins de comportements alimentaires pathologiques. Ces résultats suggèrent ainsi que la conscience corporelle est un processus médiateur entre la pratique d'une activité corporelle et la régulation de l'alimentation.

Dans l'univers de la danse, peu de recherches se focalisent uniquement sur ce sujet.

Une étude exploratoire réalisée par Fallahnejad (2024) s'est intéressée aux bénéfices mentaux des techniques de conscience du corps en danse. L'enquête qualitative visait à comprendre de quelle

façon certaines techniques corporelles pratiquées en danse comme le travail sur le souffle, le lâcher-prise ou la méditation en mouvement pouvaient impacter la conscience du corps, la gestion des émotions et l'ancrage psychocorporel. Le protocole a consisté à observer cinq ateliers de danse-thérapie réalisés au profit de vingt-sept femmes en dehors d'un cadre thérapeutique ou médical. Chaque atelier de deux heures comprenait un temps de respiration consciente, de méditation ou de visualisation guidée, de danse improvisée puis un temps de parole après la séance. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès des participantes à l'issue du cycle, afin de recueillir leur ressenti. Si aucune échelle n'a été utilisée, les résultats ont fait ressortir trois points majeurs : des bénéfices sur la conscience corporelle (avec une meilleure écoute des sensations physiques), des bénéfices perçus sur le stress et la rumination, ainsi que des bénéfices sur l'estime de soi et le sentiment de reprise de pouvoir sur le corps.

2.3. Estime de soi :

Chez les personnes obèses ou en surpoids, l'estime de soi est fréquemment ébranlée par des expériences de stigmatisation, de rejet social ou de discriminations en lien avec la corpulence. Nombre d'études, à l'image de celle de Friedman et Brownell (1995), ont montré que les personnes en surpoids ou obèses apparaissaient avec des scores d'estime de soi plus bas que ceux des individus de poids « normal », notamment sur des dimensions telles que l'image du corps, l'auto-efficacité ou encore l'acceptation sociale. Cette estime de soi fragilisée s'avère un terrain de vulnérabilité majeur pour l'alimentation émotionnelle. En effet, la nourriture peut alors servir de compensation à un mal-être lié au corps ou aux émotions, accentuant ainsi les risques de surconsommation et de prise de poids.

C'est ce qu'illustre l'étude de Heatherton et al. (1991), réalisée auprès de cent-trois étudiantes universitaires. Les participantes ont été réparties en fonction de leur estime de soi (mesurée à l'aide de l'échelle de Rosenberg) et exposées à des tâches générant un stress émotionnel (par le biais d'un discours enregistré ou d'une tâche de performance). Après ce moment de stress, elles ont été invitées à prendre part à une tâche de dégustation soi-disant sans rapport avec l'étude. La quantité de nourriture a été évaluée à leur insu. Les résultats ont montré que les participantes avec une faible estime de soi mangeaient de façon significativement plus importante en situation de stress que celles avec une haute estime de soi. Alimentation émotionnelle et estime de soi sont souvent très liées, et forment un cercle vicieux : plus on mange à cause de ses émotions, plus on se sent mal dans son corps.

Des études réalisées auprès de personnes en surcharge pondérale vont dans ce sens. Meekums et al. (2012) ont réalisé une recherche qualitative auprès de dix-huit femmes en surcharge pondérale

repérées comme mangeuses émotionnelles. Le protocole de danse-thérapie (DMT) s'étalait sur douze semaines, avec une séance de quatre-vingt-dix minutes hebdomadaires. Chaque séance débutait par des exercices de réveil corporel, s'enchaînait avec de l'improvisation dansée en fonction de thèmes liés aux émotions, puis finissait avec un temps de verbalisation. Les chercheuses ont utilisé l'outil de mesure de l'estime de soi de Rosenberg avant et après l'intervention, ainsi que des entretiens semi-directifs afin de comprendre l'expérience des participantes. Les résultats ont montré une amélioration de l'estime de soi ainsi qu'une baisse de l'alimentation émotionnelle.

3. Limites de l'activité physique dans la régulation de l'alimentation émotionnelle :

Le sport, s'il est un allié important, n'est pas toujours à lui seul assez efficace pour favoriser de profonds changements durables sur le plan nutritionnel, en particulier chez les mangeurs émotionnels sévères ou chez les individus présentant des troubles associés (TCA, troubles de l'humeur).

En effet, Stice et al. (2006) ont observé que le bénéfice d'une pratique sportive se voyait renforcé par une intervention nutritionnelle de pleine conscience. En absence d'un travail mené spécifiquement sur les représentations de l'alimentation, sur les croyances liées à l'image du corps ou sur l'éducation à la satiété, le risque est que les sujets compensent en mangeant plus pour rétablir le déficit ressenti comme tel (King et coll., 2008).

De plus, Lafay et al. (2001) insistent sur le fait que le succès de l'activité physique est souvent lié à la souffrance psychologique de la personne. Chez les sujets très sensibles sur le plan affectif, le sport peut rencontrer des résistances ou être perçu comme une nouvelle forme de contrainte, renforçant le malaise corporel.

Dans ces situations, une prise en charge globale, alliant sport, accompagnement psychologique, travail sur l'estime de soi et suivi diététique, semble davantage indiquée (Wilson et coll., 2007).

4. Problématique et hypothèse :

Les données de la littérature tendent à montrer que la pratique de la danse peut non seulement renforcer la conscience corporelle, mais également améliorer l'estime de soi, deux dimensions étroitement liées à l'alimentation émotionnelle. En ce sens, une prise en charge psychocorporelle via la danse pourrait offrir un levier d'action original et complémentaire aux approches traditionnelles.

Alors, dans quelle mesure un programme de danse thérapeutique peut-il contribuer à réduire

l'alimentation émotionnelle chez des femmes en situation d'obésité, et ce, en agissant sur la conscience corporelle et l'estime de soi ?

Notre hypothèse est la suivante : la participation au programme de danse entraînera une diminution de l'alimentation émotionnelle, une augmentation de la conscience corporelle, et une augmentation de l'estime de soi, entre le début et la fin du protocole.

C. Matériel et Méthodes :

1. Caractéristiques de la population étudiée :

Le groupe est composé de trois Femmes, âgées de vingt-cinq à cinquante et un ans, en situation d'obésité (IMC > 30) et présentant une tendance à l'alimentation émotionnelle. Leur âge moyen est de 35,67 ans ($\pm 11,12$ ans); et leur IMC moyen est de 36,33 kg ($\pm 2,62$). Ces participantes ont été recrutées dans le cadre de la prise en charge de CETRADIMN, structure spécialisée dans le traitement de l'obésité, sur la base du volontariat. Toutes les participantes ont signé un formulaire de consentement libre et éclairé, expliquant la nature, les objectifs et le déroulement du protocole, les conditions générales et le respect de la confidentialité.

En termes de critère d'inclusion, les participantes doivent être exclusivement des femmes, avec un IMC supérieur ou égal à trente et présentant de l'alimentation émotionnelle. En limitant l'étude à un groupe de femmes, le programme de danse vise à créer un environnement bienveillant où les participantes peuvent explorer leur relation avec leur corps sans la peur du jugement, pouvant ainsi être plus enclins à s'ouvrir émotionnellement, à partager leurs expériences, et à s'engager pleinement dans les exercices d'expression corporelle.

Effectif	3
Sexe (F : H)	(3 : 0)
Age (années)	Entre 25 et 51
Pathologie	Obésité
Trouble	Alimentation émotionnelle
IMC	< ou = à 30

Tableau 2 : Les caractéristiques des patientes

Légende : F : Femme, H : Homme

2. Protocole mis en place :

Le programme d'interventions se déroule sur douze semaines, avec une séance de danse d'une heure chaque semaine. Chaque séance de danse est précédée d'un échauffement, suivie de quarante minutes de danse centrée sur l'expression corporelle, et finalisée par un retour au calme (étirement, respiration, échange verbal avec le groupe).

Des mesures à trois moments clés (début, mi-parcours, fin) permettent de suivre l'évolution des participantes et d'évaluer l'impact progressif de l'intervention.

3. Programmation de l'intervention :

L'intervention consiste en un cycle unique, décomposé en trois temps. Cette structure permet d'articuler les apports de la revue de littérature, notamment sur la conscience corporelle, les sensations physiques et l'estime de soi dans l'intérêt la régulation de l'alimentation émotionnelle. Les temps 1 et 3 sont identiques chaque semaine et visent à créer des repères rassurants tout en stimulant la conscience corporelle. En fin de cycle, les participantes présentent une chorégraphie collective (durée d'environ 2 min 30) devant un petit public bienveillant constitué de membres du service. Cette étape finale constitue une expérience valorisante, qui permet de mettre en lumière le chemin parcouru, de recevoir une reconnaissance extérieure et de renforcer l'estime de soi.

Temps 1 : Échauffement / ancrage corporel :

- Respiration ventrale : induit la détente psychique et corporelle, permet de ramener l'attention vers soi et de réduire l'agitation mentale.
- Auto-massages/frottements sur l'ensemble du corps : permet de stimuler les récepteurs sensoriels cutanés, réveiller les sensations corporelles, et favoriser une meilleure appropriation du schéma corporel.
- Réveil musculaire et articulaire dynamique : active les groupes musculaires majeurs, prépare à l'effort en entrant progressive dans le mouvement.
- Ancrage plantaire : mobilisations en conscience des appuis au sol, explorations de la surface d'appui (orteils, talons, voûte plantaire). Ces exercices visent la stabilité posturale et la proprioception, essentiels en danse, et soutiennent le recentrage corporel.

Temps 2 : Corps de séance :

Le corps de séance est renouvelé de manière progressive au fil des semaines :

1. Exploration de l'espace et du mouvement :
 - À travers des déplacements variés (petits/grands, rapides/lents, sur les orteils/pieds plats), les participantes peuvent développer leur perception de l'environnement et de leur place dans celui-ci.
 - Ces explorations visent à renforcer la conscience spatiale, soutenir le sentiment d'existence corporelle et réduire la timidité dans l'expression physique.
2. Exercices d'isolation et d'improvisation guidée :
 - Isolations du bassin, de la cage thoracique, des poignets, épaules, etc. L'objectif était

d'explorer la mobilité articulaire, de prendre conscience des possibilités de son corps et de revaloriser ses compétences corporelles.

- Improvisations progressives (des doigts jusqu'au corps entier), avec variations d'appuis, de niveaux, de directions. Ces activités favorisent la création de nouvelles sensations et le développement d'une attention corporelle affinée.
- Improvisation sur une émotion donnée : cet exercice permet l'expression émotionnelle par le corps.

3. Jeux dansés collectifs et apprentissage chorégraphique :

- Jeux du miroir et de la chorégraphie en relais : pour créer du lien, favoriser l'observation, renforcer la coopération et le plaisir de danser ensemble.
- Chaque séance incluait 20 minutes d'apprentissage d'une chorégraphie, progressivement apprise et enrichie. Cela permet de consolider les acquis moteurs et de stimuler la mémoire kinesthésique. L'effet de maîtrise et l'appropriation du mouvement participent à l'amélioration de l'estime de soi.

Temps 3 : Retour au calme :

Ce temps permet de redescendre progressivement en activation et d'initier un travail d'intégration corporelle et émotionnelle :

- Respiration calmante : pour ralentir le rythme cardiaque et recentrer l'attention.
- Temps d'échange verbal (cercle de parole) : les participantes sont invitées à exprimer leurs ressentis, sensations, émotions vécues durant la séance. Ce moment verbal soutient la valorisation de soi et le développement d'une métacognition corporelle.

4. Outils d'évaluation :

Trois outils sont mobilisés pour évaluer l'effet de la prise en charge :

ISP-25 (Inventaire du Soi Physique) :

L'estime de soi a été mesurée à l'aide de l'ISP-25 (Ninot et al. 2000), adaptation française du *Physical Self-Perception Profile* (Fox Corbin, 1989). Ce questionnaire évalue l'estime de soi à travers cinq dimensions (estime globale de soi, valeur physique perçue, endurance perçue, compétence physique, apparence physique et force perçue). Il se compose de vingt-cinq items cotés d'un (pas du tout d'accord) à cinq (tout à fait d'accord). Un score total est calculé.

EMAQ (Emotional Appetite Questionnaire) :

L'alimentation émotionnelle a été mesurée à l'aide de la version française du questionnaire EMAQ (Emotional Appetite Questionnaire) (Geliebter Aversa, 2003). Ce questionnaire est utilisé pour mesurer la propension à manger en réponse à des émotions positives et négatives. Le questionnaire comprend quatorze items évalués sur une échelle allant de un (beaucoup moins) à neuf (beaucoup plus). Ce test a été traduit à des fins pédagogiques sur la base de la version originale de Geliebter et Aversa (2003), et n'est pas validé scientifiquement (**Annexe 1**).

Fiche de suivi qualitative :

En complément des outils quantitatifs, une fiche de suivi individuelle a été utilisée afin de recueillir des données qualitatives sur l'expérience vécue par les participantes (**Annexe 2**). Cet outil d'auto-évaluation vise à favoriser l'introspection et la mise en mots du vécu corporel et émotionnel.

La fiche comporte plusieurs volets : une carte corporelle sur laquelle les participantes sont invitées à annoter les zones du corps où elles ont perçu des sensations marquantes (tensions, chaleur, apaisement, énergie, etc.), un espace pour décrire les émotions perçues pendant ou après la séance (joie, frustration, soulagement, tristesse, etc.), et une rubrique ouverte permettant de formuler un ressenti global, une remarque spontanée ou une prise de conscience liée à la séance.

5. Tests statistiques utilisés et Seuil de significativité :

Pour les données quantitatives issues de l'ISP-25 et de l'EMAQ, les données quantitatives sont exprimées en moyenne $\pm$ écart-type. Étant donné la taille réduite de l'échantillon ($n = 3$) et la nature répétée des mesures (T1, T2, T3), des tests non paramétriques sont privilégiés. La normalité des distributions est testée à l'aide du test de Shapiro-Wilk, et l'homogénéité des variances avec le test de Levene. Pour évaluer l'évolution des scores dans le temps, le test de Friedman est utilisé. Une corrélation de Spearman est calculée entre les scores d'estime de soi (ISP-25) et d'alimentation émotionnelle (EMAQ) à T3, afin d'examiner leur association à la fin du protocole. Les différences sont considérées comme statistiquement significatives pour un $p < 0,05$.

Le seuil de significativité retenu est de $p < 0,05$. Une valeur p inférieure à ce seuil est considérée comme indiquant une différence statistiquement significative. Une valeur comprise entre 0,05 et 0,10 peut être interprétée comme une tendance à la significativité.

D. Analyse statistique :

1. Présentation des données :

Les données quantitatives issues des questionnaires ISP-25 (estime de soi) et EMAQ (alimentation émotionnelle) ont été analysées pour les trois participantes du protocole. Le tableau 3 ci-dessous présente la tendance centrale et la dispersion pour chaque variable :

	ISP-25		EMAQ	
	Moyenne (total/150)	Écart-type ($\pm$)	Moyenne (total/126)	Écart-type ($\pm$)
T1	46,33	12,90	84,67	11,93
T2	46,67	9,07	77,67	4,51
T3	56,67	8,96	64,67	11,06

Tableau 3: Présentation des données quantitatives issues des questionnaires ISP-25 et EMAQ

Légende : T1 : Semaine 1, T2 : semaine 6, T3 : semaine 12

2. Résultats des tests :

2.1. Résultats de l'ISP-25 :

Le test de Friedman n'a pas montré de différence significative entre les trois temps ($p > 0,05$). En revanche, les résultats tendent à la significativité ($p < 0,10$; $p = 0,0859$), ce qui indique une possible évolution de l'estime de soi au fil de l'intervention. Bien que cette variation ne soit pas statistiquement confirmée, elle ouvre une piste d'interprétation à approfondir.

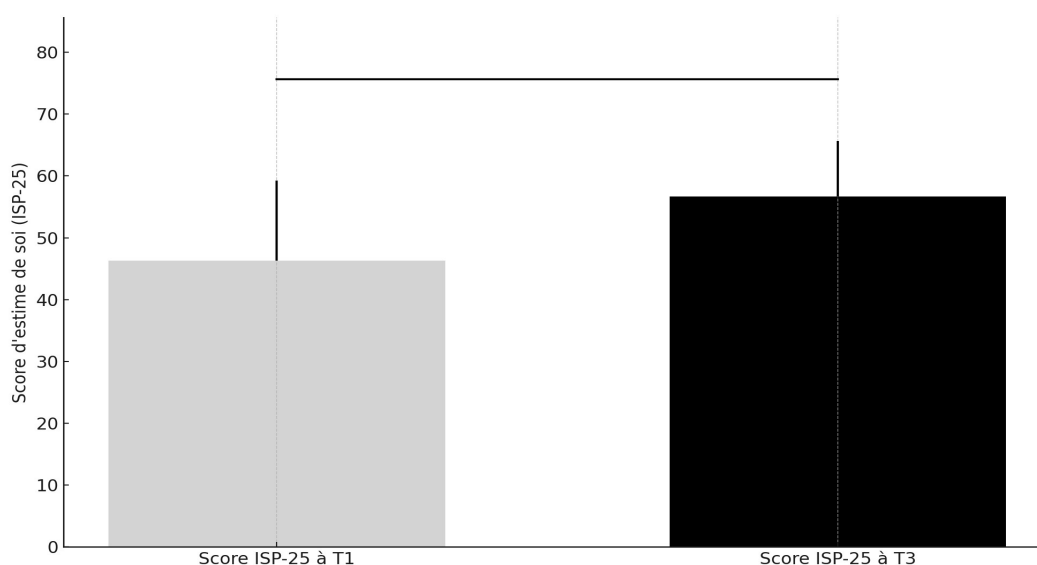


Figure 1: Évolution du score de l'estime de soi (ISP-25) entre T1 et T3

Légende : T1 : Semaine 1 ; T3 : semaine 12

2.2. Résultats de l'EMAQ (Emotional Appetite Questionnaire) :

Le test de Friedman révèle une différence significative des scores de l'alimentation émotionnelle dans le temps ($p < 0,05$), ce qui indique une diminution globale du score de l'alimentation émotionnelle entre le début et la fin du protocole. En revanche, les tests post-hoc de Wilcoxon ne mettent pas en évidence de différences significatifs entre les temps pris deux à deux ($p > 0,05$), ne suggérant pas de diminution de l'alimentation émotionnelle suite à l'intervention, ce qui limite l'interprétation précise de l'évolution. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison de la taille très réduite de l'échantillon ($n = 3$) qui nuit à la puissance statistique et peut masquer des effets réels.

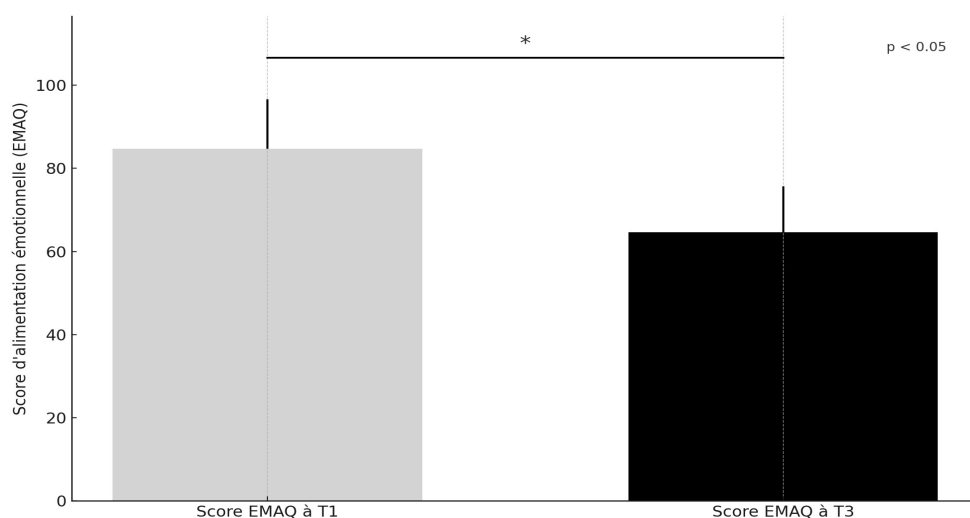


Figure 2: Évolution du score de l'alimentation émotionnelle (EMAQ) entre T1 et T3

Légende : T1 : Semaine 1 ; T3 : semaine 12

2.3. Corrélation entre alimentation émotionnelle (EMAQ) et estime de soi (ISP-25) :

Nous avons effectué une analyse statistique afin d'évaluer la corrélation entre l'évolution de l'estime de soi et celle de l'alimentation émotionnelle à la fin du protocole (T3). Le test de corrélation de Spearman a révélé une corrélation négative et statistiquement significative entre les deux variables ($p = -1,00$; $p < 0,05$), indiquant qu'une baisse de l'alimentation émotionnelle est associée à une hausse de l'estime de soi.

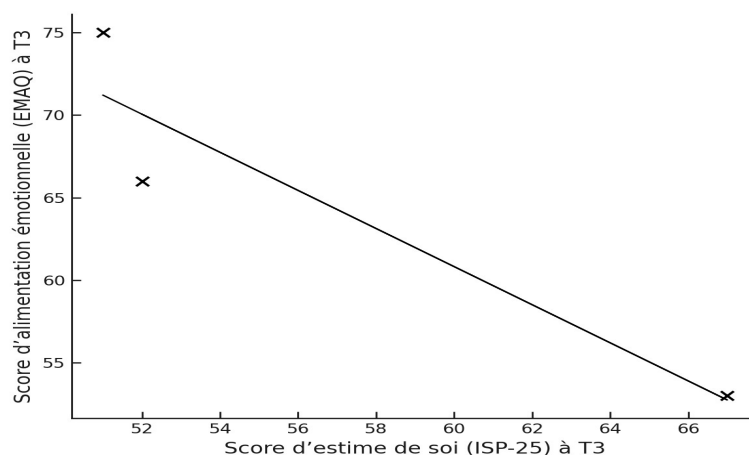


Figure 3: Corrélation entre les scores d'estime de soi (ISP-25) et d'alimentation émotionnelle (EMAQ) à T3

Légende : T3 : semaine 12 ; Chaque point représente une patiente

2.4. Données qualitatives issues des fiches de suivi corporelles :

En complément des mesures quantitatives, les fiches de suivi complétées par les participantes à l'issue de chaque séance ont permis de récolter des informations qualitatives sur leur expérience corporelle et émotionnelle. Une lecture transversale des réponses à T1, T2 et T3 indique une certaine évolution :

- À T1, les participantes rapportent majoritairement des sensations globales, assez floues, telles que « chaleur », « lourdeur » ou « rien de spécial ». Le registre émotionnel est restreint, la participante se limitant souvent à des qualificatifs imprécis (« stressée », « un peu tendue »).
- À T2, le vocabulaire s'étoffe : les participants évoquent des sensations plus localisées (« chaleur dans la poitrine », « tension dans les épaules ») et tendent à raccrocher ces perceptions à des émotions identifiées (« anxiété », « soulagement », « fierté »).
- À T3, on observe une conscience corporelle plus développée traduit par un allongement du nombre de sensations ressenties (« vibration dans le ventre », « picotement agréable ») mais également par la capacité, pour certaines participantes, à exprimer en mots des sensations plus nuancées (« libération intérieure », « mélancolie légère mais apaisante »). Les participants sont également plus à même de relier leurs sensations corporelles à des aspects vécus lors de la séance (musique, travail d'improvisation, interactions ...).

E. Discussion :

Les données quantitatives recueillies à travers les tests EMAQ et ISP-25 semblent indiquer une évolution positive entre le début et la fin du protocole. Le test de Friedman a mis en évidence une différence significative entre les trois temps pour le score d'alimentation émotionnelle (EMAQ), mais pas pour l'estime de soi (ISP-25). Bien que le score d'estime de soi ait augmenté sur la même période, la différence n'atteint pas le seuil de significativité statistique. De plus, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différences significatives avec le test post-hoc de Wilcoxon entre T1 et T3 pour le score EMAQ ($p < 0,05$), ne suggérant pas de diminution de l'alimentation émotionnelle suite à l'intervention (contrairement au test de Friedman). Ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison de la taille très réduite de l'échantillon ($n = 3$) qui nuit à la puissance statistique. Malgré cela, il semble que le sens des tendances aille vers une amélioration des indicateurs psychologiques au fil du temps, ce qui accorde une légitimité au travail entrepris.

Une analyse corrélationnelle de Spearman a été réalisée pour explorer les liens entre l'alimentation émotionnelle et l'estime de soi. Une corrélation négative et significative ($p < 0,05$) a été mise en évidence à T3 ($\rho = -1,00$), indiquant qu'une baisse de l'alimentation émotionnelle est associée à une hausse de l'estime de soi. Cette observation est en accord avec les travaux de Heatherton et al. (1991) et Meekums et al. (2012), qui décrivent l'estime de soi comme un facteur clé dans la régulation de l'alimentation émotionnelle.

Le protocole de danse proposé s'inscrit dans une logique de progression interne à chaque séance, centrée sur la reconnexion corporelle, l'expression émotionnelle, la conscience corporelle et la valorisation de soi. Cette progression reflète l'essence même de la démarche de la danse-thérapie (Koch et al., 2014 ; Meekums, 2002), où la construction d'un espace sécurisant est considérée comme une condition essentielle à l'engagement corporel et à la transformation psychique. Les jeux dansés, les improvisations guidées et les feedbacks positifs ont permis de renforcer la connexion au corps, d'améliorer la perception de soi et de mobiliser des ressources émotionnelles internes (Daubenmier, 2005 ; Mehling et al., 2011). Les patientes ont montré une plus grande facilité à identifier et verbaliser leurs sensations corporelles, confirmant les travaux de Mehling et al. (2011) et Daubenmier (2005) sur l'impact de la conscience corporelle dans la régulation émotionnelle.

Les fiches de suivi qualitatives illustrent cette évolution : entre T1 et T3, on remarque un éventail plus large de descriptions sensorielles, une aisance à s'exprimer sur ce qui est ressenti, ainsi qu'une tendance à expliciter les émotions à travers l'expérience corporelle. Ces résultats tendent à prouver d'un développement de la conscience corporelle et de l'ancrage somatique, tels que décrits par Koch et al. (2019), est nous permet de prendre en considération cette pistes de développement de la compétence émotionnelle. En effet, l'auteure suggère que la régulation des émotions est facilitée

lorsque l'individu est en capacité de repérer et nommer les sensations qui accompagnent l'émotion en elle-même. Les espaces de parole proposés au cours des séances ont eux aussi été importants dans l'assimilation émotionnelle. Ils ont amené ces femmes à conscientiser leurs différents états corporels et émotionnels, à les nommer et à les resituer, en somme, à affûter les ressentis corporels. Fallahnejad (2025) est par ailleurs d'avis que, s'exprimer via le langage oral et corporel, a pour effet de canaliser et d'apaiser l'esprit. Ces changements traduisent un enrichissement de la conscience corporelle et une intégration positive de l'expérience corporelle. Les espaces de parole et la dynamique de groupe ont également joué un rôle important dans cette dynamique de transformation.

Enfin, la présentation scénique en fin de prise en charge a constitué un moment fort du protocole. Ce temps d'exposition valorisante, vécu dans un cadre soutenant, a permis aux participantes d'expérimenter un sentiment d'accomplissement et de reconnaissance sociale. Cette étape, souvent décrite dans la littérature comme bénéfique pour l'estime de soi (Pylvänäinen et al., 2018 ; Sandel et al., 2008), a été identifiée comme un levier fort dans les retours qualitatifs des participantes.

Malgré la faiblesse de l'échantillon, les résultats de cette étude sont encourageants et ouvrent des perspectives intéressantes pour le développement de programmes de danse adaptée dans les prises en charge psychocorporelles de l'obésité. L'approche sensorielle et expressive proposée semble en mesure d'agir sur plusieurs leviers clés de la régulation alimentaire et de la reconstruction identitaire, à condition qu'elle s'inscrive dans un cadre progressif, sécurisé et bienveillant.

Des recherches ultérieures sur de plus grands échantillons, avec la présence d'un groupe contrôle, permettront de confirmer sur le plan statistique ces résultats et d'identifier plus précisément les processus impliqués. Il serait par ailleurs intéressant de mener un suivi des participants sur une plus longue période afin d'évaluer la persistance des effets. Enfin, le recueil de variables secondaires comme le quotient émotionnel, la satisfaction corporelle ou la perception intéroceptive, contribuerait à préciser et à enrichir les pistes ouvertes par ce travail exploratoire.

Une autre des limites de cette étude réside dans l'utilisation du questionnaire EMAQ, basé sur une mesure de la perception qu'a l'individu de son comportement en terme d'appétit émotionnel. En effet, à T1 les participantes sont amenées à répondre en se référant à leurs comportements « habituels » sans qu'aucun point de référence ne soit établi, ce qui rend plus difficile l'interprétation des résultats en termes d'évolution. Il s'agit d'une perception à un moment donné plus que d'une réalité évaluée à un 1er temps. Pour contourner cette limite les résultats au EMAQ ont été croisés avec d'autres outils (ISP-25, fiche de suivi) ce qui renforce la fiabilité de notre analyse et peut être proposé pour de futures études.

Pour finir, il convient de rappeler que toutes les données ont été recueillies par le biais de questionnaires d'auto-évaluation, exposant l'étude à certains biais, notamment émotionnels. La motivation des participantes à s'impliquer dans le projet, le sentiment de confiance et d'attachement qui s'est développé entre elles et l'enseignante en activité physique adaptée, ainsi que l'effet valorisant de la démarche en elle-même (le fait de pouvoir s'exprimer, de participer à une restitution orale de son parcours, d'être écoutée, de recevoir une attention personnalisée) ont pu orienter à la hausse les réponses aux échelles. Ces aspects relationnels et contextuels, qui ne sont pas aisément mesurables, sont autant de composantes de l'expérience qui peuvent jouer en faveur d'une perception augmentée de l'estime de soi ou de comportements alimentaires plus adéquats, en l'absence de tout changement significatif ou durable. Il ne s'agit nullement de nier l'effet du programme, mais bien de considérer que celui-ci ne fonctionne pas en dehors d'un ensemble de propriétés psychoaffectives qui gagneraient à être appréhendées davantage par de futures études.

Conclusion :

Cette recherche met en avant la pertinence de proposer un programme de danse thérapeutique à des femmes en situation d'obésité. En effet, cette approche semble avoir contribué à une diminution de leur alimentation émotionnelle. L'évolution positive des scores aux questionnaires (ISP-25), complétée par les données qualitatives des fiches de suivi, met en évidence une meilleure reconnexion corporelle et une valorisation de soi progressive. Par ailleurs, les résultats soulignent la corrélation entre l'estime de soi et l'alimentation émotionnelle, ce qui confirme la nécessité d'agir concomitamment sur ces deux aspects pour obtenir des résultats durables. Ces résultats semblent aller dans le sens d'une prise en charge psychocorporelle de l'obésité. Si le présent travail ne saurait être considéré comme généralisable de par la petite taille de l'échantillon, il laisse entrevoir des voies ouvertes à de futures recherches pour mieux comprendre et intégrer des médiations corporelles dans un parcours de soins de patients souffrant d'obésité.

Bibliographie

Bruch, H. (1961). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Harvard University Press.

Daubenmier, J. (2005). The relationship of yoga, body awareness, and body responsiveness to self-objectification and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 29(2), 207–219.

Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. Harcourt Brace.

Ekkekakis, P., Hall, E. E., & Petruzzello, S. J. (2013). *The measurement of affect, mood, and emotion: A guide for health-behavioral research*. Cambridge University Press.

Fallahnejad, A. (2024). Conscious embodiment through dance: Qualitative insights from somatic workshops. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 19(1), 55–67.

Forman, E. M., Butryn, M. L., Hoffman, K. L., & Herbert, J. D. (2013). An open trial of an acceptance-based behavioral intervention for weight loss. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 223–235.

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.

Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117(1), 3–20.

Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 3(4), 341–347.

Haslam, D. W., & James, W. P. T. (2005). Obesity. *The Lancet*, 366(9492), 1197–1209.

Heatherton, T. F., Herman, C. P., & Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(1), 138–143.

Herbert, B. M., Blechert, J., Hautzinger, M., Matthias, E., & Herbert, C. (2013). Intuitive eating is associated with interoceptive sensitivity. Effects on body mass index. *Appetite*, 70, 22–30.

Jauregui-Lobera, I. (2014). Eating behavior and body image in university students. *Nutrición Hospitalaria*, 31(6), 2576–2583.

King, N. A., Hopkins, M., Caudwell, P., Stubbs, R. J., & Blundell, J. E. (2008). Individual

variability following 12 weeks of supervised exercise: Identification and characterization of compensation for exercise-induced weight loss. *International Journal of Obesity*, 32(1), 177–184.

Koch, S. C., Kunz, T., Lykou, S., & Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 46–64.

Koch, S. C., Riege, R. F. F., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L., & Beelmann, A. (2019). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes. *The Arts in Psychotherapy*, 63, 1–11.

Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49–61.

Lafay, L., Thomas, F., Mennen, L., Charles, M. A., Eschwege, E., & Borys, J. M. (2001). Psychological dimensions associated with weight gain. *British Journal of Nutrition*, 85(4), 483–490.

Levy, F. J. (2005). *Dance movement therapy: A healing art*. American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance.

Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11.

Meekums, B. (2002). *Dance movement therapy: A creative psychotherapeutic approach*. SAGE.

Meekums, B., Karkou, V., & Nelson, E. A. (2012). Dance movement therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD009895.

Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2011). The Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA). *PLOS ONE*, 7(11), e48230.

Ng, M., Gakidou, E., Lo, J., Abate, Y. H., Abbafati, C., Abbas, N., Abbasian, M., ElHafeez, S. A., Abdel-Rahman, W. M., Abd-Elsalam, S., Abdollahi, A., Abdoun, M., Abdulah, D. M., Abdulkader, R. S., Abdullahi, A., Abedi, A., Abeywickrama, H. M., Abie, A., Aboagye, R. G., ... Vollset, S. E. (2025). *Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050: A forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021*. *The Lancet*, 405(10481), 813–838.

Nummenmaa, L., Glerean, E., Hari, R., & Hietanen, J. K. (2014). Bodily maps of emotions. *PNAS*, 111(2), 646–651.

Opdenacker, J., De Bourdeaudhuij, I., Vanden Auweele, Y., & Boen, F. (2009). Psychosocial mediators of a lifestyle physical activity intervention in women. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(6), 595–601.

Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187–213.

Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity (Silver Spring)*, 17(5), 941–964.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.

Sandel, S. L., Judge, J. O., Landry, N., Faria, L., Ouellette, R., & Majczak, M. (2008). Dance and Movement Program Improves Quality-of-Life Measures in Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 28(4), 301–309.

Schmahmann, J. D. (2019). The cerebellum and cognition. *Neuroscience Letters*, 688, 62–75.

Spoor, S. T. P., Bekker, M. H. J., Van Strien, T., & van Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48(3), 368–376.

Stice, E., Presnell, K., Groesz, L., & Shaw, H. (2006). Effects of a weight maintenance diet and exercise intervention on eating disorder symptoms in female college students. *International Journal of Eating Disorders*, 39(1), 12–20.

Tribole, E., & Resch, E. (2020). *Intuitive eating: A revolutionary anti-diet approach* (4th ed.). St. Martin's Essentials.

Van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Current Diabetes Reports*, 17(8), 80.

Verdejo-García, A., Pérez-Expósito, M., Schmidt-Río-Valle, J., & Fernández-Serrano, M. J. (2010). Impulsivity and executive function predict binge eating in obesity. *International Journal of Obesity*, 34(6), 1137–1143.

Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199–216.

World Health Organization. (1997). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva: World Health.

World Health Organization. (2024). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news->

[room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight](#)

Zhang, Y., & Wei, Y. (2024). Dance movement therapy and mood regulation in women with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 338, 13–21.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de l'appétit émotionnel (EMAQ – Version française adaptée)

Indiquez, en fonction de votre ressenti habituel, si vous mangez :

Beaucoup moins	Autant						Beaucoup plus	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Lorsque vous ressentez :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tristesse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ennui	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Colère	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anxiété	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Frustration	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fatigue	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Déprime	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Peur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Solitude	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Détente	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Joie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enthousiasme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fierté	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enjouement	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Fiche de suivi:

Qu'est-ce qu'une sensation?

La sensation est la réaction du corps en réponse à une **stimulation** que nous percevons à travers nos **sens**. Elle est liée à la manière dont notre corps réagit à des **stimuli externes** (comme la chaleur, la pression, les mouvements) ou **internes** (comme les émotions, la faim, ou la douleur).

Les sensations peuvent être classées en plusieurs catégories :

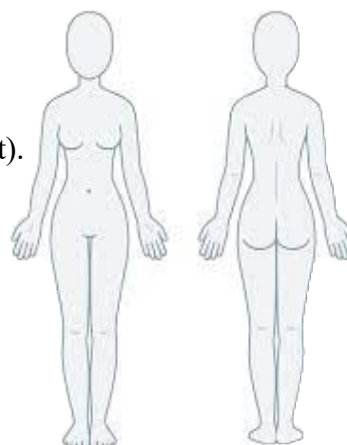
1. **Sensations physiques:** Ce sont celles qui proviennent directement de notre corps, détectées par des récepteurs sensoriels (comme la peau, les muscles, les articulations, etc.). Elles comprennent :
 - **La température** : chaleur ou froid.
 - **La pression** : légère, forte, agréable, désagréable.
 - **La douleur** : aiguë, sourde, lancinante.
 - **La tension musculaire** : étirement, contraction, relaxation.
 - **La lourdeur ou légèreté** : lorsque nous ressentons du poids ou une sensation de flotter.
2. **Sensations émotionnelles** : Les émotions peuvent également produire des sensations corporelles, par exemple :
 - **Le stress** : peut créer des sensations de tension dans le corps.
 - **La joie ou l'excitation** : peut provoquer une sensation de légèreté, d'énergie.
 - **La tristesse ou l'anxiété** : peut se traduire par une sensation de lourdeur, de fatigue ou de pression.
3. **Sensations internes (proprioception)** : Elles proviennent de la perception de la position et du mouvement de notre corps dans l'espace. Par exemple :
 - **La perception du mouvement** : quand on danse, on ressent le déplacement de nos bras, de nos jambes, ou du corps dans son ensemble.
 - **La proprioception viscérale** : cette sensation est liée à l'état interne du corps, comme la faim ou la digestion, souvent perçue dans la région du ventre.

1. Sensations corporelles ressenties: Entourez les différentes zones. (ex.: jambes, ventre, bras,...).

2. Évaluation des sensations:

Sur une échelle de 0 à 10, évaluez les sensations (individuellement).

→ (très désagréable) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (très agréable)



3. Description des sensations: Décrivez les sensations ressenties durant la séance (ex : chaleur, froideur, tension, relâchement, lourdeur, légèreté, stress...).

→

4. Impact émotionnel: Décrivez les émotions ressenties durant la séance (ex : joie, tristesse, colère, peur, surprise, dégoût...).

→

5. Commentaire ouvert:

→

Résumé :

Ce mémoire explore les effets d'un programme de danse thérapeutique sur la régulation de l'alimentation émotionnelle chez des femmes en situation d'obésité. Les résultats mettent en évidence une réduction des comportements d'alimentation émotionnelle, ainsi qu'une tendance à l'augmentation de l'estime de soi (même si cette évolution n'est pas statistiquement significative). L'exploration des fiches de suivi des participantes a révélé une amélioration de leur vocabulaire sensoriel et émotionnel, signe d'une conscience accrue de leur corps. Cette progression semble reposer sur plusieurs facteurs, à savoir la dynamique de groupe, le cadre de bienveillance proposé par la coordinatrice et les participantes, et le fait de s'engager dans un processus de création. Au travers de cette expérience, nous pouvons avancer que la danse, en tant qu'approche psychocorporelle, pourrait constituer une modalité d'accompagnement intéressante pour les patientes en situation d'obésité présentant des conduites d'alimentation émotionnelle. En dépit des limites liées au faible effectif, ce mémoire encourage la pertinence du développement de programmes associant mouvement corporel, expression et travail d'introspection dans les parcours de soin.

Mots-clés : Obésité ; alimentation émotionnelle ; estime de soi, danse thérapeutique conscience corporelle.

Abstract :

This thesis explores the effects of a therapeutic dance program on the regulation of emotional eating among women living with obesity. The results highlight a reduction in emotional eating behaviors, as well as a trend toward increased self-esteem (although this change was not statistically significant). The analysis of participants' follow-up sheets revealed an improvement in their sensory and emotional vocabulary, indicating a heightened awareness of their bodies. This progression appears to be supported by several factors: the group dynamic, the atmosphere of kindness fostered by both the facilitator and participants, and the engagement in a creative process. Through this experience, we can suggest that dance, as a psychocorporal approach, could represent a valuable support modality for patients with obesity who exhibit emotional eating behaviors. Despite the limitations linked to the small sample size, this study supports the relevance of developing programs that combine bodily movement, expression, and introspective work within therapeutic care pathways.

Keywords : Obesity ; emotional eating ; self-esteem ; therapeutic dance ; body awareness.

