



HAL
open science

Les connaissances et croyances des patients obèses à propos de leur maladie

Marion Lavalade

► **To cite this version:**

Marion Lavalade. Les connaissances et croyances des patients obèses à propos de leur maladie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01931862

HAL Id: hal-01931862

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931862v1>

Submitted on 23 Nov 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
2016

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marion LAVALADE

Le 5 octobre 2016

**LES CONNAISSANCES ET CROYANCES DES PATIENTS
OBESES A PROPOS DE LEUR MALADIE**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Olivier ZIEGLER
Mme le Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT
M. le Docteur Cédric Baumann
Mme le Docteur Isabelle DEDENON-MAYER

Président du jury
Juge
Juge
Juge et directrice de thèse

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT
Monsieur le Professeur Olivier ZIEGLER
Professeur de Nutrition

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

Nous vous remercions sincèrement de la qualité des enseignements que vous nous avez prodigués lors de notre formation.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Madame le Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT
Professeur de Nutrition

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de cette thèse afin de juger notre travail.

Nous vous prions de trouver en ces quelques mots l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Cédric BAUMANN
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
Docteur en Epidémiologie et Santé Publique

Vous nous faites l'honneur de lire et de juger notre travail. Nous vous remercions pour l'intérêt porté à ce sujet.

Veillez trouver ici, l'expression de notre plus profonde gratitude.

A NOTRE JUGE ET DIRECTRICE

Madame le Docteur DEDENON-MAYER
Docteur en Endocrinologie

Merci d'avoir eu le courage de vous lancer dans cette direction de thèse.

Vous avez sans cesse été présente tout au long de la réalisation de ce travail.

Veillez trouver ici la marque de ma grande admiration.

A toute l'équipe de l'Alumnat,

Aux Dr. Dagtekin et Dr. Kull, au Directeur, aux infirmières, aux aides soignantes, aux diététiciennes, aux monitrices d'éducation physique et à la psychologue, je vous remercie pour votre soutien, votre aide et votre disponibilité dans la réalisation de ce travail.

Aux plus gentils parents du monde,
Merci pour votre soutien, votre patience pendant ces dures et longues années. Je vous aime.

A ma sœur Fanny,
Merci pour ton aide précieuse et tes nombreuses relectures. Merci d'être autant disponible pour moi et pour toute cette complicité qui existe entre nous.

A Simon,
Merci pour ton investissement dans ce travail. Beaucoup d'angoisses et de doutes, mais on a réussi, c'est enfin terminé. Mon ange, merci d'être là. Je t'aime.

A mamie et à tata,
Merci d'avoir toujours été à mes côtés. Merci pour votre gentillesse, votre générosité. Merci pour tout.

A Adèle,
Petite princesse, c'est tellement beau de te voir grandir. Merci pour toute la joie que tu apportes dans notre famille.

A Lilia, Nel, Paty et Alain,
Merci pour votre générosité, vos encouragements et tous les bons moments passés ensemble.

A Seb, Mon beauf,
Merci pour ton aide tout au long de ce travail, tes conseils, tes relectures et surtout tes corrections orthographiques.

Merci à tout le reste de ma famille.

Merci à mes anciens co-internes et à toutes les équipes médicales que j'ai rencontrées ces dernières années.

Merci à mes ami(e)s.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Sommaire

Abréviations	7
Introduction.....	8
Matériel et Méthode.....	11
A : Caractéristiques de l'étude	11
B : Lieu de l'étude	11
C : Population	11
D : Recueil des données	12
E : Questionnaire	12
F : Saisie et Analyse des données	13
G : Éthique	16
Résultats.....	17
A : Taux de réponses	17
B : La population étudiée	17
C : Connaissances et croyances des répondants.....	19
D : Connaissances, croyances et facteurs socio-démographiques.....	26
E : Connaissances, croyances et information reçue	30
Discussion.....	35
A : Concernant notre étude.....	35
B : Les connaissances et les croyances des patients obèses	37
C : Connaissances, croyances et profils socio-démographiques	41
D : Sources d'informations, prises en charge, connaissances et croyances des patients	46
Conclusion	50
Bibliographie	52
Annexes	56

Abréviations

AFERO : Association Française d'Etude et de Recherche sur l'Obésité

CSP : Catégorie socioprofessionnelle

ENNS : Etude Nationale Nutrition Santé

ETP : Education thérapeutique du patient

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

Inpes : Institut national d'éducation et de prévention pour la santé

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MTMV : Modifications thérapeutiques du mode de vie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

ZEP : Zone d'Education Prioritaire

Introduction

En France en 2012, les résultats des enquêtes ObÉpi permettent d'estimer à 6 900 000, le nombre de personnes obèses¹. Depuis 20 ans, la prévalence de cette maladie a fortement augmenté, passant de 8,5 % à 15 % de la population entre 1997 et 2012. La situation française s'inscrit dans un contexte d'«épidémie mondiale»² puisqu'au niveau international, le nombre de personnes obèses a doublé entre 1980 et 2014, pour atteindre plus de 600 millions de malades.

Depuis 2006, l'étude ObÉpi¹ met en évidence un ralentissement modeste de la progression de la prévalence de l'obésité, cependant on perçoit toujours une augmentation de celle-ci en particulier dans les catégories sociales les plus défavorisées. Plusieurs études portant sur la prévalence de l'obésité ont pu mettre en lumière un important gradient social³ associé à cette maladie. Selon les résultats de l'enquête ObÉpi réalisée en 2012, la prévalence de l'obésité varie fortement en fonction des catégories socioprofessionnelles (CSP). Elle est inversement corrélée au niveau d'instruction des personnes et aux revenus du foyer. L'Étude Nationale Nutrition Santé (ENNS) réalisée en 2006-2007 par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS)⁴ et décrivant les caractéristiques socio-économiques associées aux mesures anthropométriques (poids-taille-tour de taille) de sujets de 18-74 ans confirme aussi le lien entre facteurs sociaux et prévalence du surpoids et de l'obésité.

L'augmentation importante du nombre de personnes obèses, les inégalités sociales associées, mais aussi le coût que représente la prise en charge de cette pathologie, estimé en 2002 entre 1,5 % et 4,6 % de l'ensemble des dépenses de santé en France, font de l'obésité un véritable enjeu de santé publique.

Face à cette situation, une politique nutritionnelle de santé est initiée par les pouvoirs publics français dès le début des années 2000 au travers du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Trois plans quinquennaux se sont succédés : le PNNS1⁵ (2001-2005), le PNNS2⁶ (2006-2010), le PNNS3⁷ (2011-2015). Ces programmes définissent les objectifs de la politique nutritionnelle, répartis en quatre groupes :

- réduire l'obésité et le surpoids dans la population,
- augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges,
- améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque,
- réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles.

Afin de rendre ces objectifs accessibles à la population générale, neuf repères⁸ de consommation sont définis. La loi de santé publique du 9 août 2004 organise dans le même temps le retrait des distributeurs d'aliments et de boissons dans les écoles⁹, et l'introduction de messages sanitaires¹⁰ dans la publicité alimentaire télévisuelle, radiophonique et durant les actions de promotion alimentaire commerciale.

Par ailleurs, afin de cibler les publics précaires, le PNNS 2 intègre également la nécessité d'orienter les actions vers les populations défavorisées et le PNNS 3 inscrit, comme orientation principale, la réduction des inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition.

Plus récemment, un programme spécifique, le Plan Obésité¹¹ (2010-2013) est mis en place. Souhaité par le Président de la République, il vise à répondre à l'augmentation constante de l'obésité et à

limiter ses complications. En s'articulant avec le PNNS, il favorise l'organisation du dépistage, la prise en charge des patients et définit entre autres, le rôle du médecin généraliste.

D'une manière générale, les politiques nationales et les associations insistent sur le rôle primordial du médecin généraliste en matière de prévention, de dépistage, de prise en charge initiale et de suivi des personnes obèses ainsi que dans la coordination des soins.

Dès 1998, l'Association Française d'Étude et de Recherche sur l'Obésité (AFERO)¹² élabore des «Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement des obésités en France » à destination des médecins généralistes. Douze ans plus tard, en 2010, la première mesure du Plan Obésité vise à « Faciliter une prise en charge de premier recours adaptée par le médecin traitant ». Enfin, en 2011 la Haute Autorité de Santé (HAS)¹³ développe une série de recommandations de bonnes pratiques permettant de faciliter la prise en charge de l'obésité et fixant la place du médecin généraliste dans le parcours de soins de la personne obèse : « Un patient en excès de poids nécessite une éducation diététique, des conseils d'activité physique, une approche psychologique et un suivi médical que le médecin généraliste peut assurer dans bon nombre de cas ».

Toutefois, malgré la mise en place de politiques nutritionnelles depuis une quinzaine d'années et en dépit des efforts fournis par les professionnels de santé, l'obésité continue de progresser en France. Comment lutter plus efficacement contre l'obésité ? Peut-on améliorer la prise en charge du patient obèse par le médecin généraliste ?

Au-delà d'une réduction ou d'une stabilisation pondérale, la prise en charge de l'obésité a pour objectif principal l'amélioration de l'état de santé, de la qualité de vie et du bien-être des patients¹⁴. Pour ce faire, les démarches d'accompagnement thérapeutique développées actuellement sont centrées sur le patient¹⁵. Ainsi ces derniers sont amenés à modifier de façon durable leurs comportements et habitudes de vie qui ont une influence néfaste sur leur maladie. On parle alors de modifications thérapeutiques du mode de vie (MTMV)^{14,16}. Elles concernent l'alimentation, l'activité physique et la dimension psychologique.

Dans leurs travaux sur les comportements, A. Golay, G. Lager et A. Giordan de l'Université de Genève insistent sur le lien fort qui existe entre comportements et croyances, et sur la capacité de ces dernières à brouiller les connaissances des patients. Pour ces auteurs, les croyances, assimilées aux représentations, peuvent être définies comme « *une association d'informations, d'images, de sentiments qui nous servent à penser, communiquer avec autrui, mais surtout orientent nos comportements* »¹⁷. Elles constituent en cela un facteur qui détermine de manière importante les comportements et l'adhésion au traitement. Le patient obèse a sa propre perception de la réalité de la maladie, de l'effet des traitements et par conséquent de la gestion de sa maladie.

Parmi les nombreux travaux ayant pour objet la prise en charge du patient obèse, Golay A., Lager G. et Giordan A. poursuivent cette idée et proposent une technique d'éducation thérapeutique du patient en quatre dimensions (cognitive, émotionnelle, infracognitive et métacognitive)¹⁸ qui prend en compte les connaissances et croyances des patients. Dans ce modèle, les quatre dimensions sont abordées en même temps. À travers la dimension cognitive, le patient travaille sur ses croyances et conceptions qui peuvent altérer ses connaissances. Le modèle propose une construction-déconstruction simultanée progressive. Cela signifie qu'au fur et à mesure de l'apprentissage, les croyances du patient se modifient. De nouvelles compétences apparaissent et d'autres se détruisent. À terme, le patient pourra mieux comprendre l'intérêt du traitement et établir des liens entre ses comportements et ses symptômes.

La modification des comportements du patient obèse passe par l'acquisition de nouvelles connaissances, de nouvelles compétences et par une modification de ses croyances. De ce fait, un travail d'évaluation des connaissances et des croyances des patients apparaît essentiel en amont de leur prise en charge.

De plus, la HAS intègre dans ses recommandations la nécessité de l'évaluation, par les médecins généralistes, des croyances des patients obèses. Elle insiste notamment sur l'importance de modifier de façon durable les comportements des patients (en particulier sur le plan diététique) en évaluant le contexte de vie des patients, leurs « tabous alimentaires », leurs « fausses croyances », etc.

Face à l'ensemble de ces constats, il nous a paru intéressant d'apporter un éclairage supplémentaire aux médecins généralistes dans l'approche thérapeutique du patient obèse en réalisant une étude évaluant les connaissances et les croyances d'une population d'adultes obèses en amont de leur prise en charge dans un centre médical diététique.

- **Quelles sont les connaissances et les croyances des patients obèses ?**
- **Les connaissances et les croyances des patients varient-elles selon leur statut socio-économique ?**
- **Quel lien existe-t-il entre l'information reçue par les patients et leurs connaissances et croyances ?**

Matériel et Méthode

A : Caractéristiques de l'étude

L'objectif principal de ce travail était d'étudier les connaissances et les croyances de patients obèses qui réalisaient un séjour de rééducation nutritionnelle dans le centre médical diététique l'ALUMNAT.

Les objectifs secondaires étaient :

- l'étude des liens entre les connaissances et les croyances des patients et leur profil socio-économique,
- l'étude des liens entre les connaissances et les croyances et les modalités par lesquelles les patients ont pu recevoir de l'information sur l'obésité notamment de la part du médecin généraliste.

Pour ce faire, une étude quantitative, observationnelle et descriptive a été menée. Ce type d'enquête permet de répondre au mieux aux objectifs, d'étudier un grand nombre de patients et de limiter les biais individuels par la réalisation d'un questionnaire standardisé.

B : Lieu de l'étude

Cette étude s'est déroulée au centre médical diététique l'ALUMNAT à Scy-Chazelles. Ce centre accueille, entre autres, des patients atteints d'obésité ou de surpoids associé à des comorbidités et propose un séjour de rééducation nutritionnelle diététique et physique. Les patients sont généralement adressés par des médecins généralistes ou spécialistes. Les séjours sont réalisés en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour et durent au moins 22 jours. L'établissement accueille environ 800 patients par an.

C : Population

La population étudiée était composée de patients obèses effectuant à un séjour à l'ALUMNAT.

L'inclusion des patients dans l'étude s'est faite sur la base du volontariat. Il n'y avait pas de caractère obligatoire.

Les critères d'inclusion des patients étaient les suivants :

- être obèse ; c'est-à-dire avoir un IMC supérieur ou égal à $30\text{kg}/\text{m}^2$,
- être majeur ; c'est-à-dire être âgé d'au moins 18 ans,
- maîtriser la lecture et l'écriture du français,
- avoir signé le consentement se trouvant au début du questionnaire.

Les patients présentant un trouble cognitif ou psychologique sévère n'étaient pas inclus dans l'étude.

D : Recueil des données

Le recueil des données pour l'étude a été réalisé à partir d'un questionnaire auto-administré, consultable en annexe, remis aux patients le jour de leur arrivée dans l'établissement, au moment de l'examen clinique initial. Il était demandé aux patients de répondre seuls au questionnaire. Ces derniers disposaient d'une après-midi et d'une soirée pour compléter le questionnaire. Le lendemain matin, les infirmières récupéraient les questionnaires au moment de la première pesée des patients, avant le petit déjeuner. Elles inscrivaient sur le questionnaire le poids et la taille des patients.

Ce protocole avait pour objectif premier de veiller à ce que la passation du questionnaire s'effectue en amont des contenus pédagogiques délivrés lors du séjour. Il permettait également de veiller à ce que l'ensemble des participants réponde au questionnaire dans une temporalité similaire.

Enfin, l'inscription du poids et de la taille par les infirmières permettait d'assurer une unité de mesure indispensable pour assurer la solidité de l'échantillon de patients retenus.

Le recueil des données s'est déroulé sur 5 mois entre le 1^{er} février 2016 et le 30 juin 2016.

E : Questionnaire

Pour répondre aux objectifs de l'étude, un questionnaire composé de quatre grandes parties a été élaboré.

La première partie, composée de 7 questions, concernait les informations générales qui permettaient de caractériser les patients ; les questions portaient sur leur genre, leur âge, leur situation familiale, leur relation à l'emploi, leur catégorie socioprofessionnelle ou encore leur niveau de revenus et de formation.

Ces questions, qui permettaient de dresser le profil socio-démographique du patient et de mesurer la qualité de l'échantillon, avaient été construites à partir des nomenclatures utilisées habituellement par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) lors des grandes enquêtes nationales, comme le recensement.

La deuxième partie interrogeait le patient sur la relation qu'il entretenait avec son médecin généraliste et sur les sources d'informations qui lui permettaient de mieux connaître sa maladie. Ces questions cherchaient à préciser le rôle du médecin généraliste dans l'éducation des sujets interrogés. Cette partie était également composée de 7 questions.

La troisième partie questionnait les connaissances des patients en matière d'obésité (définition, complications, prises en charge possibles, recommandations du PNNS en matière d'activité physique et d'alimentation, lecture des étiquettes alimentaires). Afin d'évaluer au mieux les connaissances des patients, 3 grands types de questions ont été utilisés :

- questions à choix multiples (QCM),
- questions dichotomiques (VRAI-FAUX),
- questions semi-ouvertes.

Au total cette troisième partie se composait de 14 questions dont le contenu reprenait les recommandations de la HAS, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du PNNS.

Enfin, la **quatrième partie** visait à recueillir les croyances des patients en matière d'obésité. Cette partie était composée de 20 questions dichotomiques réparties en trois groupes distincts :

- l'obésité et ses complications,
- l'activité physique,
- l'alimentation.

Afin d'explorer le niveau de croyances des patients sur l'obésité, ces questions ont été construites principalement à partir de trois recherches universitaires : « Représentations, comportements et obésité¹⁷ » (V.Barthassat, G. Lager, A. Golay), « Connaissances et croyances sur l'alimentation de patients en surpoids et obèses : enquête en Italie du Sud¹⁹ » (T. Cirillo, M.G. Albano, C. Crozet, J.-F. d'Ivernois) , « Conception et test d'un outil d'auto-questionnement du patient obèse dans un programme en développement d'éducation thérapeutique²⁰ » (C. Boegner).

La structure et le contenu du questionnaire ont été réalisés sur les conseils du Pr Ziegler et grâce à l'aide des Dr Dedenon-Mayer, Dagtekin et Walter-Kull toutes trois médecins à l'ALUMNAT.

F : Saisie et Analyse des données

Suite au recueil des données auprès des patients de l'Alumnat, les questionnaires papier ont été saisis sur informatique à l'aide de l'interface Google Forms. Cette interface a permis de construire un formulaire interactif afin de saisir chacun des questionnaires dans une base de données unique publiée sous Google Sheets. Une fois l'ensemble des questionnaires saisi, la base de données initiale a été extraite au format .csv puis importée dans le logiciel de traitements de données EXCEL.

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel de traitements de données EXCEL. Grâce à ce logiciel, la base de données initiale a pu être retravaillée pour créer de nouvelles variables (par exemple créer des groupes d'âges à partir de la variable « âge ») et effectuer l'ensemble des analyses statistiques (notamment à l'aide de l'outil *Tableau croisé dynamique*).

Deux types d'analyses ont été privilégiés pour analyser le contenu de la base de données dans une visée descriptive :

- En premier lieu, une analyse par tris à plat a permis d'examiner les taux de réponses de l'ensemble des répondants pour chacune des questions et de leurs modalités.
- En second lieu, une analyse par tris croisés a été effectuée afin de croiser entre elles différentes variables pour observer de possibles relations. C'est lors de cette analyse qu'ont pu être croisées, entre autres, les variables socio-économiques avec des variables permettant de mesurer le niveau de connaissances et de croyances des patients interrogés.

Dans le cadre de ces analyses, une méthode de *scoring* a été développée afin de faciliter l'observation croisée des niveaux de connaissances et de croyances des répondants concernant l'obésité. Ces deux thématiques comportaient un nombre important de questions. De ce fait, il aurait été difficile d'analyser de manière croisée chacune d'entre elles pour en tirer une vision d'ensemble.

Cette méthode a consisté à affecter un score, une note globale, aux répondants à partir de leurs réponses à un ensemble de questions.

Cinq scores ont été construits pour observer de manière synthétique le niveau de connaissances des répondants concernant leur maladie et quatre autres scores ont été construits pour observer leur niveau de croyances.

1. Construction des scores de connaissances

Score 1. « Connaissances générales sur l'obésité » : s'obtient à partir des questions 15, 16, 17 et 18.

Calcul du score

Question 15	5 points en cas de bonne réponse, 0 point dans le cas contraire
Question 16	5 points en cas de bonne réponse, 0 point dans le cas contraire
Question 17	1 point par complication citée, maximum 5 points
Question 18	1 point par réponse citée, maximum 3 points (total rapporté sur 5 points)
Calcul du score	Moyenne obtenue pour les quatre questions précédentes. Attribution d'une appréciation en fonction de la moyenne : moins de 2 = mauvais ; entre 2 et 3,99 = moyen ; 4 et supérieur = bon

Score 2. « Connaissances sur l'activité physique » : s'obtient à partir de la question 19.

Calcul du score

Question 19	5 points en cas de bonne réponse, 0 point dans le cas contraire
Calcul du score	Attribution d'une appréciation en fonction du score : 5 = bon ; 0 = mauvais

Score 3. « Connaissances sur l'alimentation » : s'obtient à partir des questions 20, 21 et 22.

Calcul du score

Question 20	1 point par bonne réponse, maximum 3 points (total rapporté sur 5 points)
Question 21	1 point par bonne réponse, maximum 3 points (total rapporté sur 5 points)
Question 22	1 point par bonne réponse, maximum 5 points
Calcul du score	Moyenne obtenue pour les trois questions précédentes. Attribution d'une appréciation en fonction de la moyenne : moins de 2 = mauvais ; entre 2 et 3,99 = moyen ; 4 et supérieur = bon

Score 4. « Connaissances des repères PNNS » : s'obtient à partir des questions 19 et 20.

Calcul du score

Question 19	1 point en cas de bonne réponse, 0 point dans le cas contraire
Question 21	1 point par bonne réponse, maximum 3 points
Calcul du score	Total obtenu pour les deux questions précédentes. (total rapporté sur 5 points). Attribution d'une appréciation en fonction de la moyenne : moins de 2 = mauvais ; entre 2 et 3,99 = moyen ; 4 et supérieur = bon

Score 5. « Niveau global de connaissances » : s'obtient en effectuant la moyenne des 3 premiers scores.

Calcul du score

	Score 1. « connaissances générales sur l'obésité »
	Score 2. « connaissances sur l'activité physique »
	Score 3. « connaissances sur l'alimentation »
Calcul du score	Moyenne des trois scores ci-dessus. Attribution d'une appréciation en fonction de la moyenne : moins de 2 = mauvais ; entre 2 et 3,99 = moyen ; 4 et supérieur = bon

2. Construction des scores de croyances

En matière de croyances, il est difficile de parler de bon ou mauvais niveau. En effet, les croyances ne sont pas justes ou fausses, elles sont passives et par définition échappent au domaine cognitif. Ainsi, pour les niveaux de croyances, plus le score est élevé plus les croyances des répondants peuvent être considérées comme adaptées dans le cadre d'une prise en charge de l'obésité. A l'inverse, plus le score est faible, plus le système de croyances peut être considéré comme dysfonctionnel.

Score 1. « Croyances générales sur l'obésité » : s'obtient à partir de la question 23.

Calcul du score

Question 23	1 point par bonne réponse, maximum 8 points.
Calcul du score	Total obtenu à la question 23 rapporté sur 5 points. Attribution d'une appréciation en fonction de la moyenne : moins de 2 = faible ; entre 2 et 3,99 = moyen ; 4 et supérieur = élevé

Score 2. « Croyances liées à l'activité physique » : s'obtient à partir de la question 24.

Calcul du score

Question 23	1 point par bonne réponse, maximum 3 points.
Calcul du score	Total obtenu à la question 23 rapporté sur 5 points. Attribution d'une appréciation en fonction de la moyenne : moins de 2 = faible ; entre 2 et 3,99 = moyen ; 4 et supérieur = élevé

Score 3. « Croyances liées à l'alimentation » : s'obtient à partir de la question 25.

Calcul du score

Question 25	1 point par bonne réponse, maximum 9 points.
Calcul du score	Total obtenu à la question 23 rapporté sur 5 points. Attribution d'une appréciation en fonction de la moyenne : moins de 2 = faible ; entre 2 et 3,99 = moyen ; 4 et supérieur = élevé

Score 4. « Niveau global de croyances » : s'obtient en effectuant la moyenne des 3 scores précédents.

Calcul du score

	Score 1. « croyances générales sur l'obésité »
	Score 2. « croyances liées à l'activité physique »
	Score 3. « croyances liées à l'alimentation »
Calcul du score	Moyenne des trois scores ci-dessus. Attribution d'une appréciation en fonction de la moyenne : moins de 2 = faible ; entre 2 et 3,99 = moyen ; 4 et supérieur = élevé

3. Test du Khi-2

Dans le cadre des analyses portant sur des croisements de variables, il a semblé nécessaire d'évaluer la qualité de la relation entre les niveaux de connaissances et de croyances des répondants et un certain nombre de variables de caractérisation. En effet, compte tenu de la taille limitée de notre échantillon, tous les résultats issus des croisements ne sont pas significatifs.

Le test du khi-2 est un test statistique qui permet d'évaluer le lien de dépendance ou d'indépendance entre deux variables qualitatives. Ce test permet d'asseoir la relation entre deux variables ou au contraire, de rejeter des impressions de relations. Ce test prend tout son sens lorsque l'on travaille avec des échantillons relativement faibles pouvant entraîner une importante variabilité des résultats. Dans l'étude, les tests du khi-2, réalisés par l'intermédiaire d'Excel, nous ont permis d'évaluer la relation entre les scores de connaissances et de croyances et les variables socio-démographiques et celles liées à l'information reçue.

G : Éthique

La participation à l'étude des patients se faisait sur la base du volontariat et l'accord des personnes était recueilli individuellement.

Un feuillet joint au questionnaire et détaché avant la saisie des données permettait :

- d'informer les patients de l'objectif de l'étude,
- d'informer les patients du caractère anonyme des réponses fournies,
- de recueillir le consentement des patients.

Un exemplaire de ce feuillet est consultable en annexe.

Résultats

A : Taux de réponses

Dans le cadre de l'étude, 290 questionnaires ont été distribués aux patients du centre médical diététique l'Alumnat entre le 1er février 2016 et le 30 juin 2016.

Sur ces 290 questionnaires, 221 ont été retournés par les patients. Ceci correspond à un taux de réponse de 76 %.

Après apurement, 197 questionnaires ont été retenus et analysés.

Parmi les 24 questionnaires exclus de l'étude :

- 16 étaient incomplets,
- 8 avaient été remplis par des patients en surpoids.

B : La population étudiée

La population étudiée était constituée d'une majorité de femmes (59 % de femmes contre 41 % d'hommes). Les répondants avaient entre 18 et 78 ans. La moyenne d'âge était de 51 ans. 54 % des répondants avaient entre 40 et 59 ans, 31 % avaient 60 ans ou plus.

Parmi les répondants, 24 % avaient un Indice de Masse Corporelle (IMC) strictement inférieur à 35kg/m^2 , 41 % avaient un IMC compris entre 35 et 39.9kg/m^2 et 35 % avaient un IMC supérieur ou égal à 40kg/m^2 . 6,8 % des répondants avaient un IMC supérieur ou égal à 50kg/m^2 et l'IMC maximal était de 71.3kg/m^2 .

Plus de la moitié des répondants vivaient en couple (58 %). Qu'ils soient seuls ou en couple, 35 % des répondants vivaient dans un ménage avec enfants.

Parmi les répondants, on comptabilisait 54 % d'actifs (40 % d'actifs en emploi et 14 % de chômeurs). Les retraités représentaient 32 % des répondants. Les CSP les plus représentées étaient les employés (49 %) et les ouvriers (22 %). Les cadres et les professions intermédiaires constituaient 20 % des répondants à eux deux. Aucun agriculteur n'a été interrogé.

Le niveau d'instruction le plus représenté était le niveau collège, dit secondaire court, (31 %). Au total 47 % des répondants avaient peu ou pas fait d'études (pas d'étude, primaire, secondaire court). 29 % des répondants avaient un niveau secondaire long (titulaires ou non du BAC) et 23 % des répondants avaient fait des études supérieures.

Concernant les revenus, 38 % des répondants déclaraient un revenu mensuel par foyer compris entre 1000 et 2000 € et 15 % avaient un revenu inférieur à 1000 €. A l'autre extrême de l'échelle des revenus, 16 % des répondants déclaraient un revenu supérieur à 3000 €. 17 personnes avaient refusé de mentionner leur revenu. Le taux de réponse à cette question était de 91,4 %.

Tableau 1. Caractéristiques des patients répondants

		N	Pourcentage (%)
Sexe	Hommes	81	41 %
	Femmes	116	59 %
Age	Moins de 40 ans	30	15 %
	Entre 40 et 59 ans	106	54 %
	60 ans et plus	61	31 %
IMC	Inférieur à 35	47	24 %
	Entre 35 et 39,9	81	41 %
	40 et plus	69	35 %
Situation familiale	En couple sans enfant	61	31 %
	En couple avec enfant(s)	53	27 %
	Seul sans enfant	65	33 %
	Seul avec enfant(s)	16	8 %
	Vit chez ses parents	2	1 %
Occupation principale	Je travaille	78	40 %
	Je suis au chômage	27	14 %
	Je suis retraité	63	32 %
	Je suis en invalidité	15	8 %
	Autre inactif	14	7 %
Catégorie socioprofessionnelle (CSP)	Artisan, commerçant	4	2 %
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	22	11 %
	Profession intermédiaire	18	9 %
	Employé	97	49 %
	Ouvrier	44	22 %
	N'a jamais travaillé	12	6 %
Niveau d'études (plus haut niveau atteint)	Pas d'étude	8	4 %
	Primaire	24	12 %
	Secondaire court (de la 6ème à la 3ème, CAP, apprenti.)	61	31 %
	Secondaire (de la seconde à la terminale, BEP) non titulaire du BAC	30	15 %
	Secondaire titulaire du BAC général ou technique	28	14 %
	Supérieur jusqu'à BAC + 2	20	10 %
	Supérieur BAC + 3 et plus	26	13 %
Revenus	Inférieur à 1000 €	30	15 %
	Entre 1000 et 2000 €	75	38 %
	Entre 2000 et 3000 €	45	23 %
	Entre 3000 et 5000 €	27	14 %
	Supérieur à 5000 €	3	2 %
	Ne souhaite pas répondre	17	9 %

C : Connaissances et croyances des répondants

1. Description des connaissances

a) Généralités sur l'obésité

Une majorité de répondants ne connaissait pas les éléments de définition de l'IMC :

- 64 % des répondants ne connaissaient pas la formule de calcul de l'IMC,
- 67 % des répondants ne savaient pas à partir de quelle valeur d'IMC était définie l'obésité.

Tableau 2. Questions 15 : Comment se calcule l'IMC ?

	N	(%)
Tour de taille(m) / Taille(m) ²	4	2 %
Poids (kg)/Taille(m)	61	31 %
Poids (kg) / Taille(m) ²	71	36 %
Tour de hanche(m)/Tour de taille(m)	2	1 %
Poids (kg)/Tour de cou(m)	0	0 %
Ne sais pas	59	30 %

Tableau 3. Question 16 : On peut définir l'obésité à partir d'un IMC supérieur à :

	N	(%)
25	29	15 %
30	64	33 %
35	18	9 %
45	9	4 %
Ne sais pas	77	39 %

Lorsqu'on interrogeait les patients sur leur connaissance des différentes complications de l'obésité, 81 % d'entre eux citaient au moins deux complications.

La majorité des répondants citaient au premier plan :

- les complications cardiovasculaires (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne et insuffisance veineuse),
- les complications endocriniennes et métaboliques (diabète et troubles lipidiques),
- les complications mécaniques (arthrose et lombalgies),
- les complications respiratoires (dyspnée d'effort et syndrome d'apnées du sommeil),

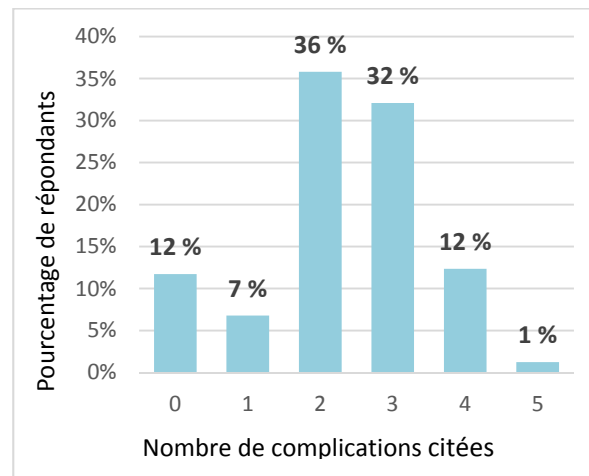
Les complications liées au retentissement sur la vie quotidienne (qualité de vie, problèmes relationnels et psychologiques, aptitudes physiques, etc.) étaient moins citées.

Les complications digestives (stéatose hépatiques, reflux gastro-œsophagien, lithiase biliaire, etc.), les cancers et les complications cutanées (mycose des plis, hypersudations, ulcères, etc.) n'étaient pas citées par les patients.

Tableau 4. Question 17 : Pouvez-vous citer des complications de l'obésité ? (Cinq réponses les plus citées)

	N	(%)
cardiovasculaires	150	76 %
endocriniennes	106	54 %
mécaniques	77	39 %
respiratoires	74	38 %
vie quotidienne	47	24 %

Graphique 1. Question 17 : Répartition des répondants selon le nombre de complications citées

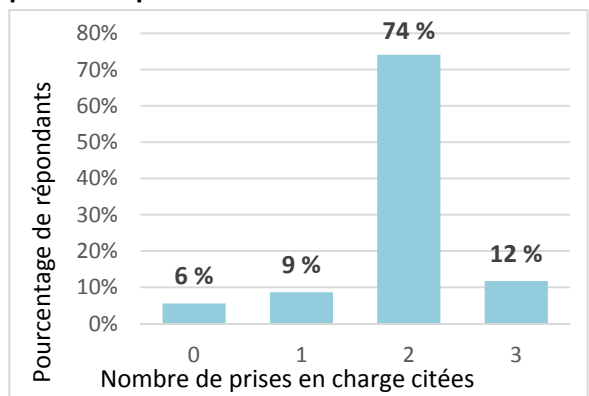


Par ailleurs, 86 % des répondants étaient capables de citer au moins deux prises en charge de l'obésité. La prise en charge diététique et l'activité physique étaient citées le plus souvent. Très peu de patients citaient la prise en charge médicamenteuse, chirurgicale et/ou psychologique.

Tableau 5. Question 18 : Pouvez-vous citer différentes façons de perdre du poids ? (Cinq réponses les plus citées)

	N	(%)
Activité physique	169	86 %
Diététique	184	93 %
Chirurgie bariatrique	13	7 %
Psychologique	16	8 %
Médicamenteuse	1	1 %

Graphique 2. Question 18 : Répartition des répondants selon le nombre de façons de perdre du poids citées



b) Activité physique

70 % des répondants savaient qu'il était recommandé de marcher 30 minutes par jour tous les jours. 15 % des répondants surestimaient cette recommandation en déclarant qu'il était préconisé de marcher 1 heure tous les jours.

Tableau 6. Question 19 (PNNS) : Pour être en bonne santé, il est recommandé de pratiquer une activité physique de :

	N	(%)
1 heure de marche tous les jours	29	15 %
30 min de marche 1 jour sur 2	21	10 %
30 min de marche une fois par semaine	0	0 %
30 min de marche tous les jours	138	70 %
Ne sais pas	9	4 %

c) Alimentation

Environ 6 répondants sur 10 savaient qu'il est conseillé de manger des féculents à chaque repas et de la viande, du poisson ou des œufs 1 à 2 fois par jour. Seulement 19 % savaient que l'affirmation « il est conseillé de manger au minimum trois fruits et légumes par jour » est fausse.

Tableau 7. Question 20 (PNNS) : Ces affirmations sont-elles vraies ?

	VRAI	FAUX	NSP
Il est conseillé de manger des féculents à chaque repas	60 % (119)	27 % (54)	12 % (24)
Il est conseillé de manger de la viande, du poisson ou des œufs 1 à 2 fois par jour	61 % (120)	30 % (59)	9 % (18)
Il est conseillé de manger au minimum 3 fruits et légumes par jour	74 % (146)	19 % (36)	7 % (15)

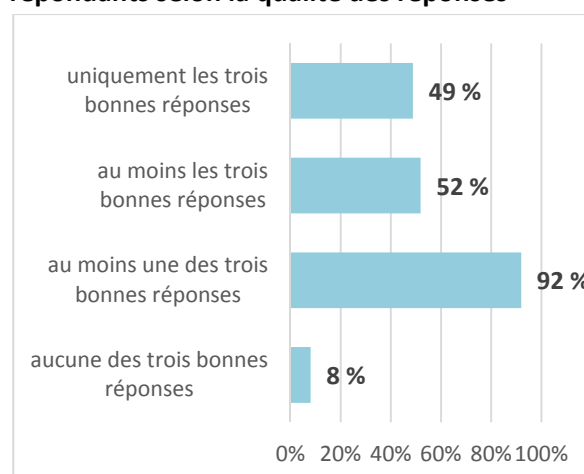
Environ un répondant sur deux savait parfaitement identifier les aliments dans lesquels on retrouve des protéines en grande quantité. Seuls 8 % des répondants étaient incapables de reconnaître un seul aliment riche en protéines.

Tableau 8. Question 21 : Dans quels aliments retrouve-t-on des protéines en grande quantité ?

	N	(%)*
Les légumes	22	11 %
Les œufs	146	74 %
La viande	152	77 %
Le poisson	140	71 %
Le pain	12	6 %
Ne sais pas	12	6 %

* Le total dépasse 100 % puisque plusieurs réponses étaient possibles.

Graphique 3. Question 21 : Proportion de répondants selon la qualité des réponses



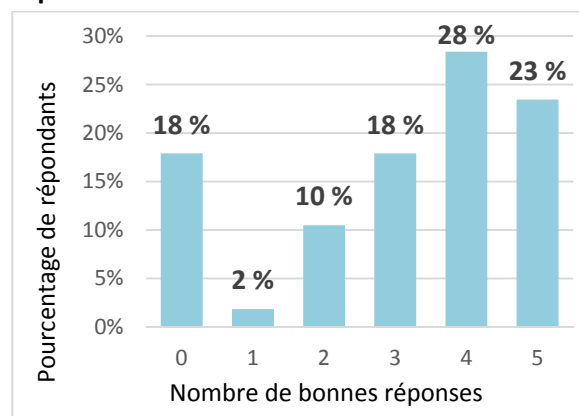
La question 22 permettait d'évaluer la capacité des répondants à lire une étiquette nutritionnelle. 69 % des répondants avaient au moins trois bonnes réponses aux cinq questions posées.

La question portant sur l'identification du label Agriculture Biologique était la mieux réussie par l'ensemble des répondants (77 %).

Tableau 9. Question 22 : Lecture des étiquettes (% de bonnes réponses par question)

	N	(%)
Quelle est la valeur énergétique pour 2 biscuits ?	134	68 %
Combien de grammes de glucides retrouve-t-on dans 100 grammes de biscuits ?	146	74 %
Quelle quantité de matière grasse retrouve-t-on dans 2 biscuits ?	89	45 %
Quel label se trouve sur cet aliment ?	152	77 %
Cet aliment contient-il des allergènes ?	85	43 %

Graphique 4. Question 22 : Répartition des répondants selon le nombre de bonnes réponses citées

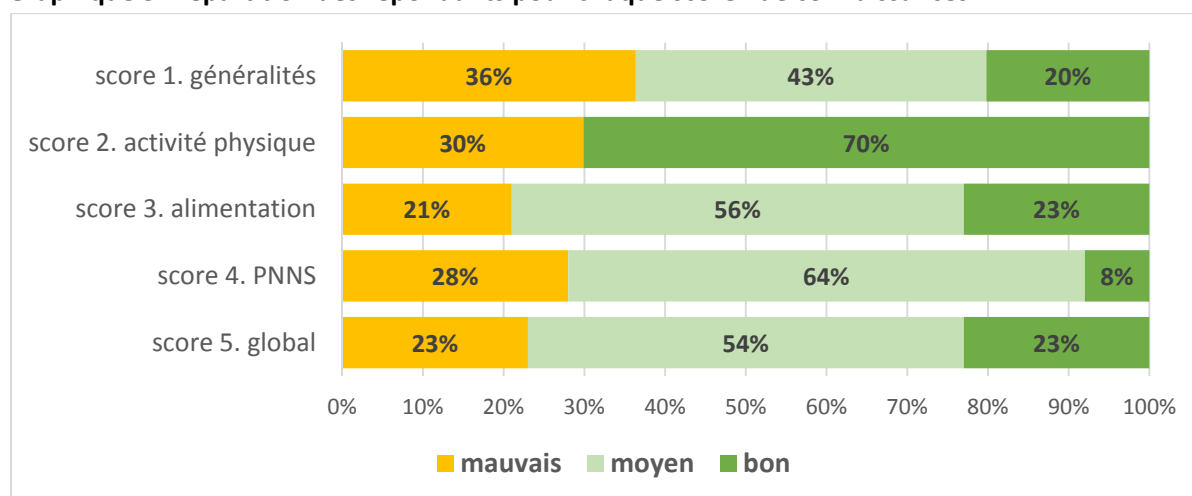


d) Scores de connaissances

À partir des différentes questions portant sur les connaissances des patients en matière d'obésité, des scores synthétiques ont été construits afin de pouvoir comparer plus facilement le niveau de connaissances des répondants pour chacune des thématiques identifiées et d'un point de vue global. Globalement, 23 % des répondants avaient un bon niveau de connaissances. A l'inverse, une proportion similaire a de mauvaises connaissances.

8 % des répondants avaient un bon niveau de connaissances concernant les questions se rapportant aux recommandations du PNNS.

Graphique 5. Répartition des répondants pour chaque score* de connaissances



* : La méthodologie de calcul des différents scores est décrite dans la partie Matériel et Méthode.

2. Description des croyances

a) Généralités sur l'obésité

Parmi les affirmations concernant les croyances en matière d'obésité :

- 22 % des patients ne pensaient pas que l'obésité était une maladie,
- 30 % ne la considéraient pas comme une pathologie chronique,
- 23 % pensait que l'obésité était **surtout** liée à l'alimentation et au mode de vie,
- 51 % des répondants considéraient que l'obésité était **surtout** liée à des facteurs hormonaux et génétiques.

Tableau 10. Question 23 : Êtes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes ?

	D'accord	Pas d'accord
L'obésité est une maladie	78 % (154)	22 % (43)
L'obésité est une maladie chronique qui nécessite un long suivi	70 % (139)	30 % (58)
Chez les patients obèses, la prise de poids est surtout liée au mode de vie, à l'alimentation	77 % (151)	23 % (46)
Chez les patients obèses, la prise de poids est surtout liée à des facteurs hormonaux et génétiques	49 % (97)	51 % (100)
L'obésité entraîne très peu de conséquences défavorables pour la santé	12 % (24)	88 % (173)
Être gros c'est être fort	10 % (20)	90 % (177)
Être gros c'est être en bonne santé, perdre du poids c'est être malade	5 % (10)	95 % (187)
Être gros protège contre les maladies	2 % (4)	98 % (193)

b) Activité physique

Parmi les affirmations concernant les croyances en matière d'activité physique :

- 34 % des patients estimaient que l'activité physique correspondait obligatoirement au fait de faire du sport.
- 35 % des patients pensaient que « pour perdre du poids il faut transpirer ».

Tableau 11. Question 24 : Êtes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes ?

	D'accord	Pas d'accord
Avoir une activité physique signifie obligatoirement faire du sport	34 % (67)	66 % (130)
L'activité physique m'aidera à perdre du poids sans que j'aie besoin de réduire mon alimentation	14 % (27)	86 % (170)
Pour perdre du poids, il faut transpirer	35 % (69)	65 % (128)

c) Alimentation

Parmi les affirmations concernant les croyances en matière d'activité physique et sur lesquelles il leur était demandé de se positionner :

- 28 % des patients considéraient que manger coûte cher.
- 66 % des patients pensaient que certaines huiles sont plus grasses que d'autres.
- 25 % des répondants étaient d'accord pour dire que certaines eaux font maigrir.

Tableau 12. Question 23 : Êtes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes ?

	D'accord	Pas d'accord
Manger de façon équilibrée coûte cher	28 % (56)	72 % (141)
L'alcool est pauvre en calories	10 % (19)	90 % (178)
Il est recommandé de manger en prenant son temps	96 % (188)	4 % (9)
Il est recommandé de manger devant la télévision	8 % (16)	92 % (181)
Certaines huiles sont plus grasses que d'autres	66 % (130)	34 % (67)
Boire de l'eau pendant les repas fait grossir	8 % (16)	92 % (181)
Certaines eaux font maigrir	25 % (49)	75 % (148)
Les produits « light » ne contiennent pas de calories	9 % (17)	91 % (180)
Il est inutile de lire les étiquettes sur les emballages des aliments	7 % (13)	93 % (184)

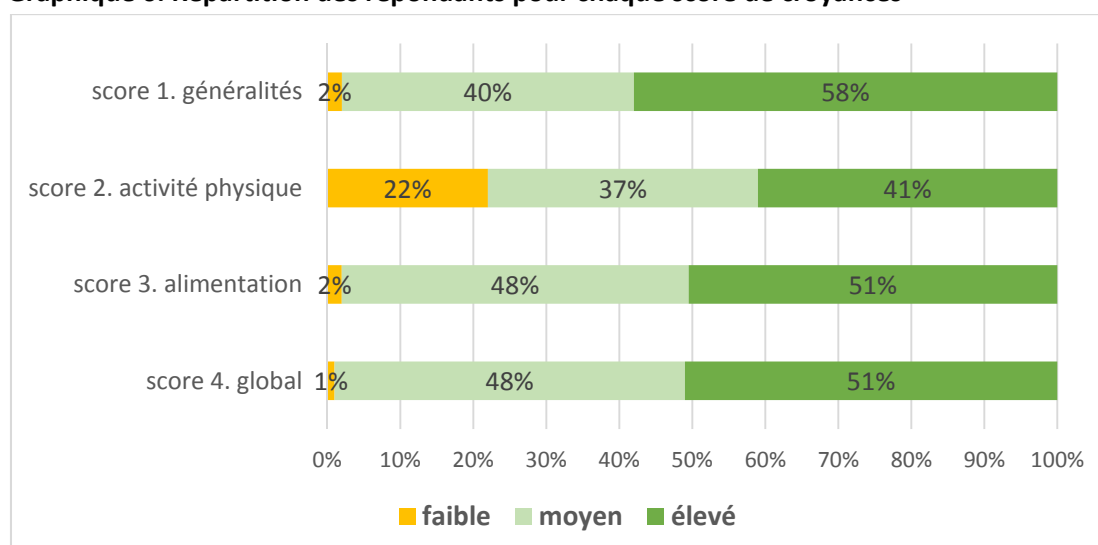
d) Scores de croyances

De la même manière que pour la mesure des connaissances, des scores synthétiques ont été construits afin de pouvoir comparer plus facilement le niveau de croyances des répondants pour chacune des thématiques identifiées et d'un point de vue global.

Globalement, 51 % des répondants avaient un niveau élevé de croyances. Seul 1 % des répondants avait un faible niveau de croyances sur l'obésité.

La proportion de répondants présentant des scores favorables (niveau **élevé**) selon les thématiques abordées variait entre un minimum de 41 % pour le score en relation avec l'activité physique et un maximum de 58 % pour le score en relation avec les généralités sur l'obésité.

Graphique 6. Répartition des répondants pour chaque score de croyances



3. Croisements de variables

Les tableaux ci-dessous présentent les résultats croisés des scores de croyances et connaissances. À la lecture de ces tableaux, on observe que :

- parmi les répondants présentant un score favorable concernant les connaissances générales en matière d'obésité, 72 % d'entre eux avaient également un score favorable concernant cette même thématique en matière de croyances,
- parmi les répondants ayant obtenu un mauvais score en matière de connaissances sur l'alimentation, 64 % d'entre eux obtenaient un score défavorable (moyen ou faible) concernant les croyances sur l'alimentation,
- parmi les répondants ayant obtenu un bon score global en matière de connaissances, 76 % d'entre eux obtenaient également un score global favorable concernant les croyances.

Tableau 13 : Répartition croisée des répondants selon les scores de connaissances et croyances relatifs aux généralités sur l'obésité

		Croyances généralités		Total général
		élevé	moyen ou faible	
Connaissances généralités	bon	72 %	28 %	100 %
	moyen	66 %*	34 %	100 %
	mauvais	45 %	55 %	100 %

*Lecture du graphique : Parmi les répondants ayant obtenu un score de connaissance généralités moyen, 66 % ont également obtenu un score élevé concernant les croyances généralités.

Tableau 14 : Répartition croisée des répondants selon les scores de connaissances et croyances relatifs à l'activité physique

		Croyances activité physique			Total général
		élevé	moyen	faible	
Connaissances activité physique	bon	44 %	37 %	19 %	100 %
	mauvais	35 %	38 %	27 %	100 %

Tableau 15 : Répartition croisée des répondants selon les scores de connaissances et croyances relatifs à l'alimentation

		Croyances alimentation		Total général
		élevé	moyen ou faible	
Connaissances alimentation	bon	61 %	39 %	100 %
	moyen	53 %	47 %	100 %
	mauvais	36 %	64 %	100 %

Tableau 16 : Répartition croisée des répondants selon les scores de connaissances et croyances globaux

		Croyances global		Total général
		élevé	moyen ou faible	
Connaissances global	bon	76 %	24 %	100 %
	moyen	47 %	53 %	100 %
	mauvais	38 %	62 %	100 %

4. Test du Khi-2

Le test du Khi-2 réalisé pour évaluer la qualité de la relation entre le score global de connaissances et le score global de croyances permet de rejeter l'hypothèse d'indépendance entre ces deux variables et de valider la significativité de la relation.

Tableau 17 : Résultats au test du khi-2 pour le croisement entre le score global de connaissances et le score global de croyances

Khi 2	Degré de liberté	Résultats	Interprétation
14,91	2	Inférieur à 0,5 %	On rejette l'hypothèse d'indépendance

Par convention, on rejette le plus souvent l'hypothèse d'indépendance lorsque l'on a au maximum 5 % de chance de se tromper.

D : Connaissances, croyances et facteurs socio-démographiques

1. Croisements entre connaissances et facteurs socio-démographiques

En matière de connaissances globales sur l'obésité, les répondants ayant un statut de cadre ou de professions intellectuelles supérieures présentaient la plus forte proportion de score favorable (54 %). On retrouvait ensuite les personnes vivant seules avec un ou plusieurs enfants (46 %) et les personnes ayant réalisé des études supérieures (39 %).

Inversement, les plus fortes proportions de personnes ayant eu des scores défavorables (mauvais) pouvaient être observées pour les invalides (46 %) et les plus faibles revenus (38 %).

Tableau 18 : Répartition des répondants selon le score global de connaissances et les variables socio-démographiques

		SCORE CONNAISSANCES GLOBAL		
		Bon	Moyen	Mauvais
Ensemble des répondants		23 %	54 %	23 %
Sexe	Hommes	16 %	51 %	33 %
	Femmes	27 %	57 %	16 %
Age	Moins de 40 ans	33 %	46 %	21 %
	Entre 40 et 59 ans	23 %	51 %	26 %
	60 ans et plus	18 %	64 %	18 %
IMC	Inférieur à 35	23 %	62 %	15 %
	Entre 35 et 39,9	27 %	51 %	22 %
	40 et plus	18 %	54 %	29 %
Situation familiale	En couple sans enfant	20 %	60 %	20 %
	En couple avec enfant(s)	23 %	51 %	26 %
	Seul sans enfant	20 %	54 %	26 %
	Seul avec enfant(s)	46 %	46 %	8 %
	<i>Vit chez ses parents</i>	<i>0 %</i>	<i>50 %</i>	<i>50 %</i>
Occupation principale	Je travaille	38 %	50 %	13 %
	Je suis au chômage	14 %	59 %	27 %
	Je suis retraité	15 %	60 %	25 %
	Je suis en invalidité	8 %	46 %	46 %
	Autre inactif	9 %	55 %	36 %
Catégorie socioprofessionnelle (CSP)	<i>Artisan, commerçant</i>	<i>0 %</i>	<i>100 %</i>	<i>0 %</i>
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	54 %	46 %	0 %
	Profession intermédiaire	36 %	45 %	18 %
	Employé	30 %	50 %	20 %
	Ouvrier	15 %	62 %	23 %
	<i>N'a jamais travaillé</i>	<i>0 %</i>	<i>100 %</i>	<i>0 %</i>
Niveau d'études (plus haut niveau atteint)	Pas ou peu diplômé	5 %	61 %	34 %
	Secondaire long	38 %	45 %	17 %
	Etudes supérieures	39 %	53 %	8 %
Niveau de revenus	Inférieur à 1 000 €	4 %	58 %	38 %
	Entre 1 000 et 2 000 €	21 %	55 %	24 %
	Entre 2 000 et 3 000 €	35 %	51 %	14 %
	Supérieur à 3 000 €	32 %	52 %	16 %

* grisé : très faible nombre de répondants (inférieur à 5)

Des tableaux similaires ont été construits pour l'analyse pour chacun des scores thématiques des connaissances et croyances. Ils sont consultables en annexes de la thèse.

2. Croisements entre croyances et facteurs socio-démographiques

Concernant les croyances globales sur l'obésité, parmi les profils ayant obtenu le plus souvent des scores favorables, on retrouvait les professions intermédiaires (91 %), les cadres ou professions intellectuelles supérieures (77 %) et les personnes ayant réalisé des études supérieures (74 %).

Inversement, les plus fortes proportions de personnes ayant eu des scores défavorables (moyens et mauvais regroupés) pouvaient être observés pour les inactifs (64 %), les plus faibles revenus (63 %) et les personnes seules sans enfant (63 %).

Tableau 19 : Répartition des répondants selon le score global de croyances et les variables socio-démographiques

		SCORE CROYANCES GLOBAL		
		Elevé	Moyen	Faible
Ensemble des répondants		51 %	48 %	1 %
Sexe	Hommes	48 %	51 %	1 %
	Femmes	54 %	46 %	0 %
Age	Moins de 40 ans	54 %	46 %	0 %
	Entre 40 et 59 ans	57 %	42 %	1 %
	60 ans et plus	40 %	60 %	0 %
IMC	Inférieur à 35	59 %	38 %	3 %
	Entre 35 et 39,9	52 %	48 %	0 %
	40 et plus	45 %	55 %	0 %
Situation familiale	En couple sans enfant	54 %	46 %	0 %
	En couple avec enfant(s)	63 %	37 %	0 %
	Seul sans enfant	37 %	61 %	2 %
	Seul avec enfant(s)	69 %	31 %	0 %
	<i>Vit chez ses parents</i>	<i>0 %</i>	<i>100 %</i>	<i>0 %</i>
Occupation principale	Je travaille	64 %	34 %	2 %
	Je suis au chômage	55 %	45 %	0 %
	Je suis retraité	40 %	60 %	0 %
	Je suis en invalidité	38 %	62 %	0 %
	Autre inactif	36 %	64 %	0 %
Catégorie socioprofessionnelle (CSP)	<i>Artisan, commerçant</i>	<i>100 %</i>	<i>0 %</i>	<i>0 %</i>
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	77 %	23 %	0 %
	Profession intermédiaire	91 %	9 %	0 %
	Employé	59 %	39 %	2 %
	Ouvrier	38 %	62 %	0 %
	<i>N'a jamais travaillé</i>	<i>0 %</i>	<i>100 %</i>	<i>0 %</i>
Niveau d'études (plus haut niveau atteint)	Pas ou peu diplômé	43 %	57 %	0 %
	Secondaire long	47 %	53 %	0 %
	Etudes supérieures	74 %	24 %	3 %
Niveau de revenus	Inférieur à 1 000 €	38 %	63 %	0 %
	Entre 1 000 et 2 000 €	45 %	53 %	2 %
	Entre 2 000 et 3 000 €	65 %	35 %	0 %
	Supérieur à 3 000 €	72 %	28 %	0 %

* grisé : très faible nombre de répondants (inférieure à 5)

3. Tests du khi-2

Les tests du Khi-2 réalisés pour évaluer la qualité des relations entre les variables socio-démographiques et les scores de connaissances et croyances permettent dans la majorité des situations de rejeter l'hypothèse d'indépendance entre les variables et de valider la significativité des relations.

Le test du Khi-2 ne permet pas d'écarter l'hypothèse d'indépendance des variables pour :

- le croisement entre l'âge des répondants et les scores globaux de connaissances et de croyances,
- le croisement entre le sexe des répondants et le score global de croyances,
- le croisement entre les catégories socioprofessionnelles des répondants et le score global de croyances.

Tableau 20 : Résultats au test du khi-2 pour les croisements avec le score global de connaissances

	Khi 2	Degré de liberté	Résultats (P. value)	Interprétation
Sexe	8,91	2	Inférieur à 2,5 %	On rejette l'hypothèse d'indépendance
Age	2,32	4	Inférieur à 75 %	On accepte l'hypothèse d'indépendance
Occupation principale	22,29	8	Inférieur à 0,5 %	On rejette l'hypothèse d'indépendance
CSP	21,73	8	Inférieur à 1 %	On rejette l'hypothèse d'indépendance
Etudes	36,38	4	Inférieur à 0,5 %	On rejette l'hypothèse d'indépendance
Revenus	15,06	6	Inférieur à 2,5 %	On rejette l'hypothèse d'indépendance

Tableau 21 : Résultats au test du khi-2 pour les croisements avec le score global de croyances
(les modalités « *moyen* » et « *mauvais* » ont été agrégées)

	Khi 2	Degré de liberté	Résultats (P. value)	Interprétation
Sexe	0,67	1	Inférieur à 50 %	On accepte l'hypothèse d'indépendance
Age	4,51	2	Inférieur à 25 %	On accepte l'hypothèse d'indépendance
Occupation principale	10,44	4	Inférieur à 5 %	On rejette l'hypothèse d'indépendance
CSP	8,45	4	Inférieur à 10 %	On accepte l'hypothèse d'indépendance
Etudes	12,4	2	Inférieur à 0,5%	On rejette l'hypothèse d'indépendance
Revenus	12,72	4	Inférieur à 2,5 %	On rejette l'hypothèse d'indépendance

Par convention, on rejette le plus souvent l'hypothèse d'indépendance lorsque l'on a au maximum 5 % de chance de se tromper.

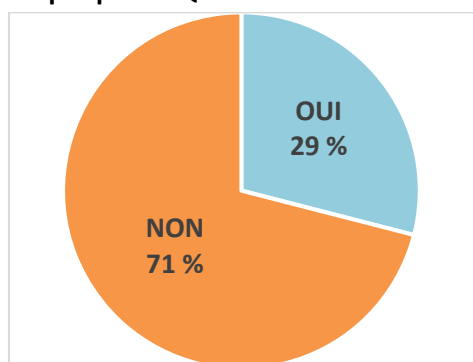
E : Connaissances, croyances et information reçue

1. Description de l'information reçue

a) Séjour antérieur

Parmi l'ensemble des répondants à notre étude, 29 % déclaraient avoir déjà réalisé un séjour dans un centre médical diététique. Dans 8 cas sur 10, il s'agissait déjà du Centre médical diététique l'Alumnat.

Graphique 7 : Question 9. Aviez-vous déjà fait un séjour dans un centre diététique ?



b) Relation au médecin généraliste

Sur les 197 patients ayant participé à notre étude, 113, soit 57 %, déclaraient que le médecin généraliste leur avait conseillé de venir à l'Alumnat.

Dans le même temps, 83 % des répondants déclaraient avoir consulté le médecin généraliste pour leur problème de poids.

Parmi les patients qui avaient consulté le médecin généraliste pour leur problème de poids, 89 % déclaraient avoir reçu des informations concernant l'obésité (67 % un peu et 21 % beaucoup). Ces informations concernaient surtout l'activité physique, les complications et la nutrition.

Graphique 8 : Consultation et adressage des patients par le médecin généraliste

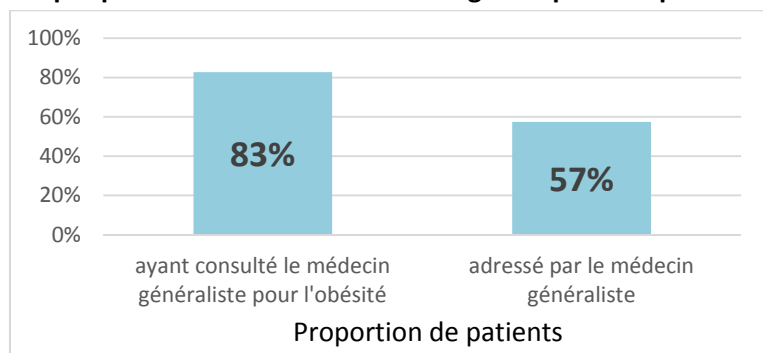


Tableau 22 : Question 13. Si votre médecin généraliste vous a donné des informations sur l'obésité, cela concernait :

	N	(%)*
Activité physique	107	54 %
Complications	96	49 %
Nutrition	77	39 %
Objectif poids	61	31 %
Orientation	52	27 %

* Le total dépasse 100 % puisque plusieurs réponses étaient possibles.

c) Les autres sources d'information

Parmi les autres sources d'informations sur l'obésité proposées aux répondants, les médias (59 %), les médecins spécialistes (43 %), les diététiciens (42 %) et les proches (40 %) étaient les plus citées. Les pharmaciens, les infirmiers ou encore les coachs sportifs étaient très peu cités.

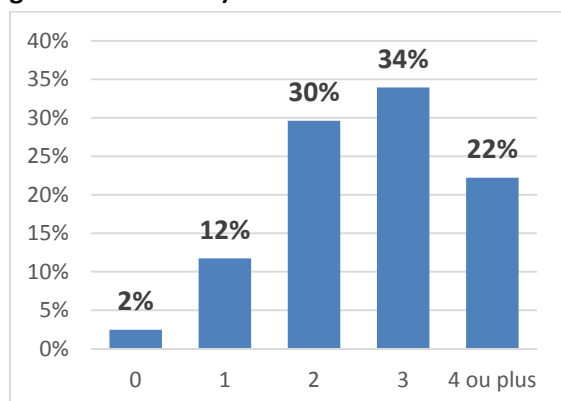
Globalement, 56 % des répondants déclaraient avoir reçu de l'information sur l'obésité par au moins 3 outils ou personnes différents (médecin généraliste inclus). 5 répondants, soit à peine plus de 2 % de l'ensemble des répondants, déclaraient n'avoir reçu aucune information sur l'obésité que ce soit de la part des médecins généralistes ou des autres outils et personnes proposés.

Tableau 23 : Questions 14. Quels autres outils ou personnes vous ont donné des informations sur l'obésité (plusieurs réponses possibles)

	N	(%)
Médias	116	59 %*
Médecin spécialiste	84	43 %
Diététicien	83	42 %
Proches	78	40 %
Infirmiers	28	14 %
Coachs sportifs	20	10 %
Pharmaciens	16	8 %
Autres	4	2 %

* lire : 59 % des interrogés ont cité les médias comme un outil par lequel ils ont eu accès à de l'information sur l'obésité.

Graphique 9 : Répartition des répondants selon nombre de sources d'informations citées (médecin généraliste inclus)



2. Croisements de variables

a) Les connaissances et l'origine de l'information

22 % des répondants ayant consulté un médecin généraliste pour leur obésité avaient un bon score global de connaissances. Cette proportion était de 30 % parmi les répondants n'ayant pas consulté de médecin généraliste pour leur obésité.

22 % des répondants effectuant un premier séjour dans un centre médical diététique obtenait un score global favorable en matière de connaissances contre 26 % pour ceux dont ce n'était pas le premier séjour.

En matière de connaissances globales sur l'obésité, les répondants ayant consulté au moins 4 sources d'informations concernant l'obésité présentaient la plus forte proportion de score favorable (39 %).

Tableau 24: Répartition des répondants selon le score global de connaissances et les variables concernant la relation au médecin généraliste et à l'origine de l'information

		SCORE CONNAISSANCES GLOBAL		
		Bon	Moyen	Mauvais
Ensemble des répondants		23 %	54 %	23 %
Question 11	A consulté un médecin généraliste pour l'obésité	22 %	55 %	23 %
	N'a pas consulté de médecin généraliste pour l'obésité	30 %	52 %	19 %
Question 9	A déjà effectué un séjour	26 %	49 %	26 %
	Premier séjour	22 %	57 %	22 %
Nombre de sources d'information	1	11 %	58 %	32 %
	2	21 %	48 %	31 %
	3	20 %	65 %	15 %
	4 ou plus	39 %	44 %	17 %

b) Les croyances et l'origine de l'information

Concernant les croyances globales sur l'obésité, parmi les profils ayant obtenu le plus souvent des scores favorables, on retrouvait les personnes ayant consulté une seule source d'information sur l'obésité et les personnes ayant consulté au moins quatre sources sur l'obésité.

49 % des répondants ayant consulté un médecin généraliste pour leur obésité avaient un score global de croyances élevé. Cette proportion était de 59 % pour les répondants n'ayant pas consulté de médecin généraliste pour leur obésité.

45 % des répondants ayant effectué un séjour antérieur avait un score global de croyances élevé contre 54 % parmi ceux effectuant leur premier séjour.

Tableau 25 : Répartition des répondants selon le score global de croyances et les variables concernant la relation au médecin généraliste et à l'origine de l'information

		SCORE CROYANCES GLOBAL		
		Elevé	Moyen	Faible
Ensemble des répondants		51 %	48 %	1 %
Question 11	A consulté un médecin généraliste pour l'obésité	49 %	50 %	1 %
	N'a pas consulté de médecin généraliste pour l'obésité	59 %	41 %	0 %
Question 9	A déjà effectué un séjour	45 %	53 %	2 %
	Premier séjour	54 %	46 %	0 %
Nombre de sources d'information	1	68 %	32 %	0 %
	2	50 %	50 %	0 %
	3	40 %	58 %	2 %
	4 ou plus	61 %	39 %	0 %

3. Tests du Khi-2

Les tests du Khi-2 réalisés pour évaluer la qualité des relations entre les variables sur l'information reçue et les scores de connaissances et croyances permettent de rejeter l'hypothèse d'indépendance pour la variable relative au nombre de sources d'information.

Le test du Khi-2 ne permet pas d'écarter l'hypothèse d'indépendance des variables pour :

- le croisement entre le fait de consulter son médecin généraliste et les scores globaux de connaissances et de croyances,
- le croisement entre le fait d'avoir réalisé un séjour antérieur et les scores globaux de connaissances et de croyances.

Tableau 26: Résultats au test du khi-2 pour les croisements avec le score global de connaissances

	Khi-2	Degré de liberté	Résultats (P. value)	Interprétation
Question 9 : séjour antérieur	0,94	2	Inférieur à 75 %	On accepte l'hypothèse d'indépendance
Question 11 : consultation médecin généraliste	1,08	2	Inférieur à 75 %	On accepte l'hypothèse d'indépendance
Nombre de sources d'information	15,24	6	Inférieur à 2,5 %	On rejette l'hypothèse d'indépendance

Tableau 27 : Résultats au test du khi-2 pour les croisements avec le score global de croyances
(les modalités « *moyen* » et « *mauvais* » ont été agrégées)

	Khi-2	Degré de liberté	Résultats (P. value)	Interprétation
Question 9 : séjour antérieur	1,38	1	Inférieur à 25 %	On accepte l'hypothèse d'indépendance
Question 11 : consultation médecin généraliste	1,1	1	Inférieur à 50 %	On accepte l'hypothèse d'indépendance
Nombre de sources d'information	8,05	3	Inférieur à 5 %	On rejette l'hypothèse d'indépendance

Par convention, on rejette le plus souvent l'hypothèse d'indépendance lorsque l'on a au maximum 5 % de chance de se tromper.

Discussion

A : Concernant notre étude

1. Les points forts

Parmi les points forts de notre étude, nous pouvons d'abord dire que peu d'études portent sur ce sujet. En effet, il existe une seule étude italienne¹⁹ qui s'est intéressée aux connaissances et croyances des patients obèses en matière d'alimentation. Certaines études françaises évaluent les connaissances et représentations des médecins en matière d'obésité mais aucune étude n'est centrée sur le patient.

La réalisation d'une étude quantitative et le mode de recueil par auto-questionnaire ont permis d'interroger un grand nombre de patients. Le taux de réponse de l'étude est élevé. En effet, il est de 76 %, ce qui limite le biais de sélection.

2. Les points faibles

Dans notre étude, malgré un taux de réponse élevé, on retrouve quelques biais de sélection :

- le questionnaire était rempli sur la base du volontariat. Ainsi les personnes qui ont répondu montraient probablement un intérêt particulier pour le sujet,
- il existe également un biais lié aux critères d'exclusion car ont été exclus de l'étude les patients qui ne maîtrisaient pas la langue française écrite et ceux qui présentaient un trouble cognitif ou psychologique sévère. Le non recrutement de ces personnes induit une augmentation probable de la moyenne du niveau de connaissances et de croyances des patients,
- notre échantillon de patients n'était pas représentatif de la population d'obèses en Lorraine. L'étude s'est déroulée dans un centre médical diététique, les patients qui y séjournent ont été diagnostiqués par un médecin. De ce fait, ils ont probablement déjà reçu des informations autour de ce sujet et ont très souvent débuté une prise en charge thérapeutique. Ce sont des personnes un minimum autonomes, capables de se déplacer. Les personnes avec de lourds handicaps ont plus de difficultés à participer à ce type de séjour et sont donc peu présentes dans notre échantillon.

Un biais de remplissage apparaît aussi dans la méthodologie retenue pour la phase de collecte des questionnaires. En effet, le mode de recueil des informations par auto-questionnaires peut entraîner un manque de compréhension des questions et affecter la qualité des données recueillies. De plus, comme notre questionnaire était assez long, les patients ont peut être négligé certaines questions ; les dernières questions et les questions semi-ouvertes notamment.

Enfin, les patients disposaient d'une après-midi et d'une soirée pour compléter le questionnaire : pendant ce temps certains avaient la possibilité d'avoir accès à des informations sur internet (sur leur téléphone par exemple). Ainsi les patients ont pu s'aider de sources d'informations complémentaires pour compléter le questionnaire et leurs niveaux de connaissances et de croyances ont pu en être affectés.

3. La population étudiée

Notre étude s'est intéressée à une population d'obèses réalisant un séjour en centre médical diététique, elle n'était donc pas représentative de la population d'obèses en France. L'analyse des résultats de cette enquête relevait en effet d'une volonté avant tout descriptive.

Cependant, si l'on compare notre population à la population d'obèses en France (caractérisée par l'étude ObÉpi 2012¹), on retrouve de nombreuses similitudes.

Concernant la répartition selon le sexe d'abord, notre échantillon est composé de 59 % de femmes et 41 % d'hommes. En France, on retrouve aussi une majorité de femmes parmi les personnes obèses, bien que la différence ne soit pas aussi importante (55 % de femmes contre 45 % d'hommes).

La répartition par âge de notre population est également proche de la répartition par âge dans la population d'obèses en France. En effet, on retrouve respectivement 12 % et 15 % de 18-34 ans dans notre étude et dans la population d'obèses en France, 36 % et 35 % de 35-54 ans et 51 % et 50 % de 55 ans et plus.

Chez nos répondants, on retrouve une majorité de personnes issues de catégories socioprofessionnelles faibles (22 % d'ouvriers et 49 % d'employés) et une minorité de personnes issues de catégories socioprofessionnelles plus élevées (9 % de professions intermédiaires et 11 % de cadres). Parmi la population obèse française, les ouvriers (26 %) et les employés (34 %) sont davantage représentés que les catégories socioprofessionnelles plus élevées (13 % de professions intermédiaires et 15 % de cadres). Si les proportions ne sont pas identiques, la hiérarchie des catégories socioprofessionnelles reste similaire.

Ainsi notre échantillon, bien qu'il portait uniquement sur 197 patients réalisant un séjour en centre médical diététique, présentait à peu près la même structure par âge, par sexe et par catégorie socioprofessionnelle que la population d'obèses en France telle que décrite par l'enquête nationale ObÉpi de 2012. Ceci constitue certainement un point fort pour notre étude.

B : Les connaissances et les croyances des patients obèses

1. Les connaissances des patients

a) Des repères PNNS insuffisamment connus

Selon les résultats de notre étude, il apparaît que les connaissances des patients sur l'obésité étaient médiocres. Seulement un quart des patients interrogés présentaient un score favorable à l'évaluation de l'ensemble de leurs connaissances.

Si l'on s'intéresse en particulier aux résultats obtenus au score PNNS⁸, c'est-à-dire à la moyenne de l'ensemble des questions portant sur les repères PNNS, c'est moins de 10 % des répondants qui ont obtenu un bon niveau de score.

Ainsi on se rend compte que, dans l'ensemble, les messages du PNNS n'étaient pas suffisamment connus de notre population d'obèses, en particulier les recommandations sur les fruits et légumes.

Est-ce que les patients obèses de notre étude avaient une moins bonne connaissance des repères nutritionnels de base que l'ensemble de la population française ?

A titre de comparaison, la recommandation sur les fruits et légumes, « il est conseillé de manger 5 fruits et légumes par jour », a été évaluée dans une étude réalisée en octobre 2007 par BVA pour l'Institut national d'éducation et de prévention pour la santé (Inpes)²¹ sur un échantillon représentatif de la population française des 15 ans et plus. Selon cette étude, 48 % de la population connaissait ces recommandations en 2007 et on constatait une évolution favorable de la connaissance de ces recommandations depuis 2005 (+ 129 %). Le baromètre santé nutrition 2008 s'est intéressé à cette même question auprès d'une population de personnes âgées de 12 à 75 ans recrutées de façon aléatoire dans la population française. 61,8 % des personnes interrogées connaissaient ce repère. Dans notre étude, seulement 19 % des patients interrogés ont répondu favorablement à cette question. Notons toutefois que ce très mauvais résultat peut s'expliquer en partie par la formulation de la question. Dans notre questionnaire, il était demandé aux patients de se positionner sur l'affirmation : « il est conseillé de manger au minimum 3 fruits et légumes par jour ».

De la même manière, la recommandation sur la viande, le poisson et les œufs, « il est conseillé de manger de la viande du poisson et des œufs une à deux fois par jour », a été évaluée dans le baromètre santé nutrition 2008²². 63,1 % des personnes interrogées connaissaient ces recommandations. Dans notre étude, on retrouve des résultats pratiquement identiques (61 %).

La recommandation sur les féculents, « il est conseillé de consommer des féculents à chaque repas », a aussi été étudiée dans le baromètre santé nutrition 2008. Seulement 10,3 % des personnes interrogées connaissaient ces recommandations. Dans notre étude on retrouve 60 % de réussite à cette question.

Enfin, la recommandation sur l'activité physique, « il est recommandé de pratiquer au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour » a été évaluée dans l'étude réalisée en octobre 2007 par l'Inpes. 87 % des personnes avaient connaissance de ces recommandations mais 48 % les surestimaient. Dans notre étude 85 % des patients connaissaient ces recommandations, dont 15 % seulement qui les surestimaient.

Ainsi, la comparaison des résultats de notre étude s'intéressant spécifiquement à une population d'obèses avec ceux d'autres études sur la population française permet d'observer quelques contrastes dans chacune des populations en matière de connaissances sur les repères PNNS. En effet,

nous remarquons des résultats différents selon les études et selon les questions. Ces écarts peuvent s'expliquer, en partie, par les différentes formulations des questions et les différences de temporalité.

La communication sur les repères de consommation mise en place depuis 2001⁵ (PNNS) et les messages sanitaires sur les publicités alimentaires¹⁰ (loi du 9 août 2004) sont-ils encore efficaces ? Les autorités de santé ne considèrent-elles pas ces messages comme acquis par le grand public ? La communication sur ces recommandations est-elle aujourd'hui encore suffisante ? Peut-être faudrait-il sensibiliser à nouveau la population française et en particulier le public obèse en innovant dans la diffusion des messages nutritionnels.

b) Questionner davantage l'impact de l'obésité sur la vie quotidienne

En matière de prise en charge des patients obèses, la HAS a publié ces dernières années des recommandations adressées aux professionnels de santé¹³. Il est conseillé aux médecins généralistes d'évaluer l'impact des problèmes de poids des patients obèses sur leur vie quotidienne car « les personnes ayant une obésité sont victimes de nombreuses discriminations qui touchent toutes les dimensions de la vie ».

Cet impact de l'obésité sur la vie quotidienne a été questionné dans l'étude « Health-related quality of life in a clinical sample of obese children and adolescents » réalisée en 2010²³. Ce travail s'intéresse à la qualité de vie des enfants et adolescents. Il mesure l'impact physique, émotionnel et social de l'obésité en comparant une population de patients obèses à des patients en bonne santé. Selon les résultats de l'étude, les patients obèses avaient un moins bon score de qualité de vie (PedsQL) que les patients en bonne santé (différence significative $p < 0,005$).

Les professionnels de santé doivent donc être conscients de cette dimension et l'évaluer systématiquement lors de la prise en charge des patients obèses. Dans ce sens, l'AFERO a publié des recommandations s'adressant aux professionnels de santé pour faciliter la prise en charge de la personne obèse. Elle insiste sur l'évaluation du retentissement psychosocial et propose l'utilisation du questionnaire EQVOD (Echelle de Qualité de Vie, Obésité et Diététique) du Pr. Ziegler, permettant d'évaluer la qualité de vie des patients²⁴. D'autres questionnaires ont été validés pour réaliser cette évaluation comme par exemple le questionnaire de Laval²⁵.

Dans notre étude, lorsque l'on interroge les patients sur les moyens pour prendre en charge leurs problèmes de poids, l'activité physique et la prise en charge diététique sont citées par plus de 85 % d'entre eux. En revanche la prise en charge psychologique, l'une des composantes de la qualité de vie, est citée par moins de 10 % des patients.

De la même manière, lorsque l'on s'intéresse aux comorbidités associées à l'obésité, seulement 24 % des patients de notre échantillon ont cité le retentissement sur la vie quotidienne (qualité de vie, problèmes relationnels et psychologiques, aptitudes physiques, etc.).

Ainsi, en ce qui concerne la prise en charge de l'obésité et de ses complications, on remarque que la dimension psycho-sociale a été très peu mentionnée par les répondants.

Cette dimension est-elle abordée en consultation par les professionnels de santé ? Les patients n'ont-ils pas conscience des complications quotidiennes engendrées par leur poids ? Les complications médicales sont-elles plus faciles à accepter et à avouer ?

En tout état de cause, le questionnement de l'impact de l'obésité sur la vie quotidienne par les médecins généralistes pourrait permettre au patient de prendre davantage conscience de l'influence néfaste de la maladie sur sa qualité de vie. Ce qui pourrait lui permettre d'entrer avec plus de

conviction dans la démarche thérapeutique. Du côté du médecin, en apprendre davantage sur la vie quotidienne de son patient l'aiderait à mieux le prendre en charge.

2. Encore beaucoup de « fausses croyances »

En matière de croyances, la moitié des patients ont obtenu un score global favorable. Toutefois, pour l'autre moitié de notre échantillon, l'évaluation des croyances s'est révélée plus défavorable (score moyen et faible). Ces patients étaient ainsi porteurs d'un nombre non négligeable de croyances inadaptées lorsqu'on les interrogeait sur leur maladie.

Au-delà de ce score global, donnant un aperçu d'ensemble, il est intéressant d'observer plus en détail les différents types de croyances. En effet, selon les thèmes abordés dans les questions posées, les résultats varient fortement.

Les résultats de notre étude montrent que très peu de patients obèses de notre échantillon avaient une image positive de leur maladie. En effet, parmi les répondants, moins de 10 % pensaient qu'être gros c'est être fort, être en bonne santé et protéger contre les maladies. Ainsi, on peut estimer qu'un très faible nombre de patients accorde une image positive à l'obésité.

Dans son article « la symbolique du gros »²⁶ Claude Fischler décrit l'évolution de l'image de la personne obèse à travers le temps. Avant, l'embonpoint était un signe de réussite, de richesse, de grâce, de bonne santé, etc. Selon l'auteur, au moment de ses réflexions, l'image du « gros » s'est modifiée, elle est passée d'une vision positive à une vision nettement plus péjorative. Le « gros » est considéré comme « tricheurs, paresseux, bête (etc.) »²⁷. Si l'émergence d'une image plus défavorable du « gros » peut constituer un outil pour aider à lutter contre l'obésité, il n'en demeure pas moins que cette nouvelle conception de la personne en surpoids ou obèse s'avère stigmatisante et peut constituer un danger. Le fait de se sentir rejeté, moqué ou rabaisé pouvant avoir un impact psychologique négatif.

Dans le même temps, il est intéressant d'observer que 22 % des répondants de notre échantillon ne considéraient pas l'obésité comme une maladie et que 30 % n'étaient pas d'accord avec l'affirmation « l'obésité est une maladie chronique qui nécessite un long suivi ». Cela peut sembler étonnant au sein d'une population de patients réalisant un séjour médical diététique. Pour ces patients non conscients de leur maladie, la prise en charge thérapeutique a-t-elle une chance d'être bénéfique ? Ne faudrait-il pas au préalable travailler avec ces patients à une évolution de leurs croyances ?

D'autres questions ont permis de mettre en évidence des croyances inadaptées dans notre étude. Elles étaient essentiellement en lien avec l'alimentation. Ainsi, 66 % des patients interrogés pensaient que certaines huiles sont plus grasses que d'autres et 25 % considéraient que certaines eaux font maigrir.

L'étude de Dayer-Métroz, Declercq-bezençon, Descombes et Vimer intitulée « l'importance des croyances et représentations chez les adolescents obèses et leurs soignants dans le domaine de l'alimentation »²⁸ et s'intéressant à une population de 120 adolescents âgés de 12 à 14 ans insiste sur l'existence de nombreuses croyances et fausses conceptions sur l'alimentation.

Dans le même sens, l'enquête réalisée en Italie du sud¹⁹ met aussi en évidence l'existence de croyances inadaptées en particulier sur les questions portant sur l'alimentation. Parmi les répondants de cette étude, le taux de réussite aux questions explorant les croyances était de 76 %.

Rappelons aussi que la moitié des patients de notre échantillon n'a pas obtenu un score favorable à l'examen de l'ensemble de leurs croyances. De fait, chez ces patients, il est possible que le système

de croyances soit défaillant dans son ensemble, constituant certainement un frein à la réussite des accompagnements proposés par les équipes médicales.

3. Un lien significatif entre connaissances et croyances

Comme nous l'avons vu précédemment, les connaissances des patients de notre échantillon sont souvent médiocres et la moitié d'entre eux présentent un nombre important croyances inadaptées en matière d'obésité.

Lorsqu'on s'intéresse de manière croisée aux connaissances et aux croyances de ces patients, on suppose une relation entre les niveaux de croyances et les niveaux de connaissances. Effectivement, il apparaît globalement que plus le niveau de croyance d'un patient est élevé, plus son niveau de connaissances l'est aussi.

On retrouve cette tendance pour chacune des thématiques abordées dans le questionnaire (généralités sur l'obésité, activité physique, alimentation).

Le test du Khi 2 réalisé entre les variables de croyances et connaissances globales confirme cette relation dont on peut conclure qu'elle est significative. Il existe donc un lien entre les croyances et les connaissances des patients que nous avons interrogés.

Dans leurs travaux, Golay A., Lagger G. et Giordan A.¹⁸ vont plus loin. Ils reconnaissent l'existence d'un lien entre connaissances et croyances mais surtout, ils soulignent que les croyances de santé peuvent brouiller les connaissances. Ils insistent par conséquent sur le fait que la prise en charge du patient obèse ne doit pas se limiter à l'apprentissage des connaissances sur sa maladie, mais qu'elle passe aussi par le questionnement et la remise en cause de ses croyances.

Dans notre échantillon, la moitié des patients présentait un nombre important de croyances dysfonctionnelles, ils risquent donc de connaître des difficultés pour acquérir de bonnes connaissances. D'ailleurs, la proportion de patients ayant un score de croyances élevé est plus importante que la proportion de patients ayant un score de connaissances élevé. Il semble en effet possible de disposer de croyances favorables sans pour autant avoir acquis un bon niveau de connaissances. En revanche, il semble plus difficile de disposer d'un bon niveau de connaissances lorsque le système de croyances est dysfonctionnel.

C : Connaissances, croyances et profils socio-démographiques

1. Des connaissances et des croyances qui varient selon l'âge et le sexe des patients

a) De moins bons résultats chez les patients âgés

Dans l'enquête nationale ObÉpi, on observe une proportion de personnes obèses plus importante chez les plus de 65 ans que dans le reste de la population française. En effet, en 2012, la prévalence de l'obésité dans la population française est de 15 % alors qu'elle est de 18,7 % chez les plus de 65 ans. Il est donc pertinent de s'intéresser à cette population en particulier. Quel est son niveau de connaissances et croyances ?

Dans notre étude, les patients âgés de 60 ans et plus présentaient un moins bon score global de connaissances que les répondants plus jeunes (33 % des moins de 40 ans avaient un bon score, 23 % des 40-59 ans et 18 % des 60 ans et plus). On retrouve cette différence concernant l'ensemble des thématiques en rapport à l'obésité (définitions, activité physique, alimentation). A l'analyse des croyances, on observe ces mêmes écarts selon les tranches d'âge. En effet, 54 % des moins de 40 ans et 57 % des 40-59 ans avaient un niveau de croyances élevé, contre seulement 40 % des 60 ans et plus.

Il faut toutefois observer ces écarts avec beaucoup de prudence puisque le test du khi-2 ne permet pas d'écarter l'hypothèse d'indépendance.

Malgré cela, on peut s'interroger sur les résultats des patients les plus âgés. Pourquoi ces patients font-ils état de moins bonnes connaissances et davantage de croyances inadaptées que le reste de notre échantillon ?

Avec le vieillissement, il existe une altération progressive des fonctions cognitives mnésiques et des organes des sens. Ainsi, les patients plus âgés ont certainement de moins bonnes capacités à comprendre et assimiler les informations reçues. Mais ne sont-ils pas aussi laissés à l'écart des prises en charge d'éducation pour la santé ? Cette population plus vulnérable nécessite peut-être une prise en charge d'éducation à la santé spécifique et plus poussée.

Le plan « bien vieillir » 2007-2009²⁹ fait cette promotion en insistant sur la prévention des maladies liées à l'âge et sur l'éducation à la santé pour les personnes âgées. De la même manière, le PNNS développe un guide nutrition adressé aux plus de 55 ans³⁰ et promeut l'activité physique des personnes âgées.

b) L'alimentation : un intérêt particulier pour les femmes et les parents

En matière de caractéristiques démographiques, nous observons dans notre étude des écarts de niveaux de connaissances et croyances selon le sexe des patients interrogés.

Ainsi, 33 % des hommes interrogés obtenaient un mauvais score global de connaissances et 16 % un score favorable. Les proportions s'inversent quasiment chez les femmes avec seulement 16 % de femmes ayant obtenu un score défavorable et 27 % un score favorable. On retrouve cette différence lors de l'évaluation globale des croyances. Toutefois, les tests du Khi-2 effectués permettent d'assurer la significativité du résultat uniquement pour les connaissances.

Plus précisément, c'est en matière d'alimentation que les différences sont les plus franches, à la fois concernant les connaissances (bon score : 28 % pour les femmes contre 16 % pour les hommes) et les croyances (bon score : 58 % pour les femmes contre 40 % pour les hommes).

Dans l'étude italienne sur les connaissances et les croyances sur l'alimentation de patients en surpoids ou obèses, les auteurs observent aussi une différence avec un meilleur taux de réussite chez les femmes (63,3 %) que chez les hommes (61 %) (différence significative).

D'autres études mettent en avant cette différence selon le sexe en matière d'alimentation. En effet, le baromètre santé nutrition 2008 a évalué les connaissances des repères du PNNS des hommes et des femmes sur 6 questions portant sur l'alimentation. Les femmes ont mieux répondu que les hommes à l'ensemble des questions.

Dans notre étude, l'examen peut être approfondi par la comparaison des connaissances et croyances selon la catégorie familiale. On observe de meilleurs résultats aux scores de connaissances et surtout de croyances chez les parents ; en particulier les personnes seules avec enfants mais aussi les couples avec enfants. Encore une fois, ces différences selon la catégorie familiale sont surtout marquées pour l'alimentation.

Deux études canadiennes vont dans ce sens. Une étude qualitative réalisée sur 11 mères dans la région d'Ontario³¹ a cherché à évaluer leurs perceptions, attitudes et connaissances en matière d'alimentation, de santé et d'obésité. Il en ressort que les mères interrogées avaient de bonnes connaissances alimentaires et des attitudes positives face à une alimentation saine. Par ailleurs, dans l'étude intitulée « les représentations sociales de l'alimentation : convergences et divergences entre enfants, parents et enseignants »³² on observe des conceptions différentes autour du terme « manger » si l'on compare les parents aux enseignants. Les enseignants pensent l'acte de manger en terme quantitatif alors que les parents le voient plus en terme qualitatif, de santé et de régularité dans les repas.

Pourquoi retrouve-t-on ces différences de niveaux entre hommes et femmes et selon le fait d'avoir ou non des enfants ? Les femmes ont-elles un intérêt plus marqué concernant l'alimentation et la santé en général ? Les parents, puisqu'ils sont responsables de la santé de leurs enfants, s'informent-ils davantage et se sentent-ils plus concernés quant à l'alimentation ?

2. Une relation forte entre les niveaux de connaissances et de croyances et le profil socio-économique

Depuis leur première édition en 1997 et jusqu'en 2012, les enquêtes ObÉpi ont permis de démontrer la présence d'inégalités sociales dans la prévalence de l'obésité en France et l'existence d'un fort gradient social¹. Ces enquêtes ont aussi contribué à mettre en lumière l'aggravation dans le temps de ce gradient social de l'obésité ; de la même manière que progressent les inégalités sociales de santé en général³.

De même, le rapport de l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale de 2001-2002³³, révèle que « l'augmentation générale de l'obésité infantile, prédictive de l'obésité adulte, est significativement plus importante parmi les enfants scolarisés en Zone d'Education Prioritaire (ZEP) » (en ZEP 17,3 % des enfants présentent une surcharge pondérale contre 13,3 % hors ZEP). Il précise également que les personnes dont la situation sociale tend à se dégrader sont les plus touchées par l'obésité.

Dans le rapport de l'Insee s'intitulant « L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent »³⁴, Thibault de Saint Pol confirme l'existence de disparités entre la prévalence de

l'obésité et les catégories socioprofessionnelles, et la présence d'un écart qui s'est fortement accru entre les ouvriers ou les agriculteurs et les cadres. Entre 1992 et 2003, la prévalence de l'obésité a augmenté de plus de 7 points chez les agriculteurs contre seulement 2 points chez les cadres. Ce même rapport décrit une augmentation plus marquée de la prévalence de l'obésité chez les individus les moins diplômés : « En 2003, 15 % des individus sans diplôme ou ayant au plus un brevet des collèges sont obèses, tandis que seulement 5 % des diplômés du supérieur le sont. L'écart est de 10 points : il a doublé entre 1981 et 2003. »

Au regard de ces exemples et de la vaste littérature existant sur les inégalités sociales de santé, on peut admettre que l'obésité touche plus fortement les populations les plus vulnérables, qu'il existe un important gradient social en matière de prévalence de l'obésité et que cette situation s'aggrave dans le temps.

Ces éléments font état du rôle central du statut socio-économique en matière de prévalence de l'obésité. En revanche, ils ne permettent pas de questionner directement les prises en charge thérapeutiques des patients obèses. Une fois le diagnostic de l'obésité posé, les patients sont-ils tous égaux pour répondre favorablement aux prises en charge thérapeutique proposées par les équipes médicales ? A partir des résultats de notre étude, cette question peut être discutée dans le domaine des connaissances et des croyances des patients.

a) Des connaissances insuffisantes pour les patients à faible statut socio-économique

L'étude des niveaux de connaissances des patients de notre échantillon montre d'importants écarts en fonction du statut socio-économique. 38 % des patients en emploi présentaient un bon niveau de connaissances globales contre seulement 14 % des patients au chômage. De la même manière, seuls 4 % des patients ayant déclaré des revenus inférieurs à 1 000 € mensuel avaient un bon niveau de connaissances global contre 32 % pour les patients aux revenus supérieurs à 3 000 € mensuel.

Lorsqu'on observe la CSP, on remarque que la proportion de patients ayant obtenu un score favorable en matière de connaissances augmente à mesure que l'on progressait dans l'échelle des CSP. On retrouve cette même gradation lorsqu'on observe les niveaux de connaissances globaux selon le niveau d'études des répondants.

Enfin, les tests du Khi-2 confirment l'existence d'une relation significative entre le niveau de connaissances des patients et leur activité principale, leur CSP, leur niveau d'études et leur niveau de revenus.

Divers travaux dans le champ des connaissances en matière d'obésité vont dans le même sens : l'étude³⁵ de Mc Arthur L., Pena M., Holbert D. porte sur le niveau de connaissances de 1272 adolescents de 6 villes d'Amérique latine en fonction de leur statut socio-économique. Les scores les plus élevés apparaissent chez les adolescents issus des familles les plus aisées. Une étude américaine³⁶ réalisée auprès de 127 individus contactant un service de chirurgie bariatrique a cherché à mettre en évidence l'influence des facteurs socio-économiques sur les connaissances des patients et leurs comportements alimentaires. Plus les revenus des patients sont élevés, meilleurs sont leurs résultats au test de connaissances sur les complications de l'obésité et sur les risques de la chirurgie bariatrique.

Il apparaît ainsi, pour notre échantillon et à l'instar d'autres travaux, qu'une relation forte existe entre le statut socio-économique des patients obèses et leurs niveaux de connaissances en matière d'obésité. Plus encore, l'examen selon la CSP et les revenus laisse à penser qu'un gradient social, similaire à celui que l'on observe pour la prévalence de l'obésité, existe chez les patients obèses en

matière de connaissances sur leur pathologie. En plus des inégalités sociales constatées en matière de prévalence de l'obésité, on observe donc aussi des inégalités sociales parmi les patients obèses en matière de connaissances sur leur maladie.

De plus, selon le niveau d'études, on retrouve de fortes variations du niveau de connaissances des patients. En effet, 5 % des patients ayant effectué pas ou peu d'études avaient un bon niveau de connaissances contre 39 % des patients ayant réalisé des études supérieures.

D'ailleurs, l'étude intitulée « Tipping the scales: the effect of literacy on obese patients knowledge and readiness to lose weight »³⁷ met en évidence l'influence de l'éducation sur le niveau de connaissances des patients. Il en ressort que les patients ayant un faible niveau d'alphabétisation comprennent moins bien les conséquences néfastes de l'obésité sur la santé et la nécessité de perdre du poids que les patients ayant un plus haut niveau d'alphabétisation.

Ainsi, parmi les facteurs socio-économiques qui entrent en jeu en matière de connaissances, la précarité éducative semble limiter le plus la capacité des patients à acquérir et intégrer des connaissances.

Dans ce sens, l'étude intitulée « L'excès de poids dans la population québécoise de 1987 à 2003 »³⁸ réalisée à partir des données de 3 enquêtes générales sur la santé met en évidence une prévalence de l'obésité plus forte dans les milieux socio-économiques les plus faibles. Cette relation est plus marquée entre les niveaux de scolarité qu'elle ne l'est pour les catégories de revenus.

Ainsi le niveau d'éducation, observé ici au travers du niveau de diplôme, semble avoir un rôle majeur à la fois dans le développement de l'obésité et concernant le niveau de connaissances des patients obèses.

b) Un constat identique en matière de croyances

De la même manière que pour les connaissances, les croyances des patients de notre échantillon varient selon leur statut socio-économique. On constate que la proportion de patients ayant obtenu un score favorable à l'examen de l'ensemble de leurs croyances était plus importante lorsque le statut socio-économique était élevé. Cette différence s'observe pour l'ensemble des variables caractérisant le statut socio-économique (activité principale, CSP, niveau d'études et niveau de revenus).

Concernant le niveau de revenus, on observe même une gradation. A mesure que l'on progresse dans l'échelle des revenus, le score de croyances est plus élevé.

Les tests du Khi-2 réalisés entre les variables niveau d'études, niveau de revenus et score global de croyances confirment cette relation dont on peut conclure qu'elle est significative. Il existe donc un lien entre le niveau d'études, le niveau de revenus et le niveau de croyance des patients que nous avons interrogés.

En revanche, au regard des résultats du test du khi-2, nous ne pouvons pas écarter l'hypothèse d'indépendance entre les CSP et le niveau de croyances des patients de notre étude.

Contrairement à certains de nos résultats, ceux issus de l'étude « Habitudes, consommations et connaissances alimentaires des Français en situation de précarité financière »³⁹ ne font pas état de différences de réponses selon le statut socio-économique pour des affirmations telles que : « les féculents font grossir ».

A l'inverse, dans une étude européenne⁴⁰ réalisée sur 14 331 personnes, on observe que les personnes ayant un niveau d'éducation élevé mentionnent plus souvent les termes équilibrés, variés, moins gras, plus de légumes que les personnes ayant un faible niveau d'éducation.

De même, l'étude s'intitulant « les représentations sociales de l'alimentation : convergences et divergences entre parents, enfants et enseignants »³¹ met en avant l'influence des niveaux de revenus sur les représentations sociales de l'alimentation. En effet, les personnes les plus aisées voient l'acte de manger comme un moment de plaisir alors que les plus démunis le définissent en termes nutritionnels.

Les résultats de ces études, parfois contradictoires, montrent dans leur ensemble que les représentations sur l'alimentation varient selon le statut socio-économique. Pour aller plus loin, les questions posées dans notre étude ont permis de mesurer le caractère favorable ou non des croyances des patients obèses. Au vu de nos résultats, il apparaît que les patients ayant un faible statut socio-économique ont davantage de croyances inadaptées en matière d'obésité.

Ainsi, comme pour les connaissances, le statut socio-économique des patients obèses semble avoir une influence sur leurs croyances. Ceci peut constituer un frein supplémentaire à la prise en charge des patients obèses ayant un statut socio-économique faible.

c) Porter une attention particulière aux patients à faible statut socio-économique

La prévalence de l'obésité est plus importante parmi les populations de faible statut socio-économique. Cette réalité s'exprime au travers d'un fort gradient social. Au regard de nos résultats et de ceux d'autres travaux, nous observons un mécanisme similaire chez les patients obèses en matière de connaissances et de croyances sur leur maladie.

Ainsi, les populations à faible statut socio-économique ont plus de risque de développer une obésité. Lorsqu'elles sont obèses, elles sont également moins bien armées pour s'en sortir puisqu'elles disposent de connaissances moindres et de croyances plus souvent inadaptées. Les inégalités sociales de santé en matière d'obésité dépassent donc certainement le cadre de la prévalence et s'expriment aussi chez les malades.

De ce fait, l'évaluation du statut socio-économique des patients, de leurs niveaux de connaissances et l'examen des croyances paraissent fondamentales dans la prise en charge des patients obèses.

Il est en effet nécessaire de s'arrêter plus attentivement sur les populations à faible statut socio-économique qui ont à la fois un déficit de connaissances, davantage de croyances inadaptées et une prévalence de l'obésité plus élevée.

A travers les différents PNNS, les politiques nationales de réduction des inégalités sociales de santé en matière d'obésité portent essentiellement sur le développement d'actions de prévention. Ne devraient-elles pas aujourd'hui dépasser ce cadre préventif et investir plus largement le champ des prises en charge thérapeutiques ?

D : Sources d'informations, prises en charge, connaissances et croyances des patients

1. Croyances néfastes et résistances au changement

D'après les résultats de notre étude, les patients ayant réalisé un séjour antérieur dans un centre médical diététique faisaient état de résultats légèrement meilleurs en matière de connaissances, bien que la différence soit relativement faible. En effet, 26 % des patients ayant réalisé un séjour antérieur avaient un score favorable et le taux était de 22 % chez les patients qui n'avaient pas réalisé d'autre séjour. A l'inverse, si l'on s'intéresse aux croyances, les patients ayant réalisé un séjour antérieur présentaient, en moyenne, un score de croyances plus élevé que les autres. La différence était également modérée puisque 45 % des patients ayant déjà participé à un séjour avaient un score de croyances favorable contre 54 % chez les autres.

Existe-t-il un lien significatif entre la participation antérieure à un séjour médical diététique et les connaissances et croyances des patients ? Le test du Khi-2 réalisé sur ces croisements de variables ne permet pas de rejeter l'hypothèse d'indépendance entre les niveaux de connaissances et croyances et le fait d'avoir réalisé ou non un séjour antérieur. Nous ne pouvons donc pas conclure à une relation malgré ce que nos résultats laissent à penser.

Toutefois, on peut supposer que si certains patients réalisent un second séjour médical diététique, c'est parce que le premier n'a pas été suffisant pour améliorer la prise en charge de leur maladie. Or, nous avons vu que ces patients avaient beaucoup de croyances dysfonctionnelles en matière d'obésité. Est-ce que ce sont ces croyances qui complexifient la prise en charge thérapeutique ? Sont-elles responsables de la résistance au changement des patients ?

Comme nous l'avons vu précédemment, Barthassat, Lagger et Golay insistent sur l'existence d'un lien entre connaissances et croyances. Les croyances peuvent être responsables des difficultés dans l'assimilation des connaissances. Plus encore, les travaux de Golay, Lagger et Giordan se sont intéressés aux obstacles aux changements. En plus des résistances liées directement aux contraintes du « régime », ils décrivent des résistances liées aux patients, aux soignants et à l'entourage. L'étude des résistances liées aux patients utilise le « Health Belief Model »⁴¹ de Rosenstock qui explique les comportements de santé des individus et les obstacles aux changements en se basant sur leurs croyances en matière de santé. Pour adhérer à une prise en charge thérapeutique, les patients doivent dans un premier temps accepter leur maladie, connaître les complications et comprendre les bienfaits des traitements. Les conceptions des patients, provenant en partie de leur culture, de leur éducation et de leurs expériences, provoquent des résistances dans l'acceptation de leur maladie et dans l'initiation aux changements de comportements. Ces derniers se font par étapes, et à chaque étape on retrouve des résistances plus ou moins liées aux croyances des patients (Proschaka et Di Clemente)⁴². C'est pourquoi, afin de limiter les résistances au changement, il apparaît nécessaire, pour le médecin généraliste, de rechercher les croyances des patients.

Dans notre étude, nous observons davantage de croyances inadaptées chez les patients ayant déjà effectué un séjour médical diététique. Bien que nous n'ayons pas pu mettre en évidence une relation significative entre ces variables, la notion de résistance aux changements peut être vue comme une possible explication des écarts que nous avons observés.

2. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité

La prise en charge de l'obésité par le médecin généraliste est complexe. Elle nécessite une approche thérapeutique globale, centrée sur le patient, et doit permettre à ce dernier d'améliorer sa santé et sa qualité de vie. Le patient va devoir adopter des modifications thérapeutiques du mode de vie en acquérant des « compétences d'autosoins »⁴³ et des « compétences d'adaptation »⁴³. Pour cela, le médecin généraliste doit aider le patient dans l'acquisition de ces nouvelles compétences. Les compétences des patients, leurs connaissances et leurs croyances sont fortement liées, elles sont à la base de leurs comportements, elles devront donc être modifiées lors de la prise en charge thérapeutique. De plus, comme nous l'avons vu précédemment, les croyances des patients agissent sur leurs connaissances et leurs compétences. Ainsi, dans la prise en charge du patient obèse, la HAS insiste sur la nécessité pour les médecins généralistes de prendre en compte les croyances et les tabous des patients, et d'induire des changements de comportements à long terme.

Dans notre étude, on s'aperçoit que les patients ayant consulté le médecin généraliste pour leur problème de poids avaient des scores globaux de connaissances et de croyances plus faibles que les autres patients. Toutefois, les tests du Khi-2 effectués sur ces croisements de variables ne permettent pas de rejeter l'hypothèse d'indépendance. Nous ne pouvons donc pas affirmer que la relation est significative. Pour autant, cette absence de significativité peut être largement expliquée par la petite taille de notre échantillon. Une étude plus vaste pourrait peut-être permettre de valider cette relation.

Malgré le résultat défavorable du test du Khi-2, certaines questions s'imposent à la lecture de ces résultats. Est-ce que les médecins généralistes réalisent une évaluation des connaissances et des croyances des patients ? De leur côté, les médecins généralistes n'ont-ils pas eux aussi des croyances qui agissent négativement sur leur capacité à questionner celles des patients ?

Golay, Lager et Giordan expliquent que les résistances aux changements des patients peuvent aussi être liées aux soignants, à leur motivation, à leur attitude et à leurs représentations. Les représentations des soignants agissent sur leur motivation à prendre en charge des patients obèses. De nombreuses études françaises se sont intéressées aux représentations des médecins généralistes face au problème d'obésité des patients. Selon une étude réalisée en Provence-Alpes-Côte d'Azur⁴⁴, 30 % des médecins généralistes interrogés ont une opinion négative sur les personnes obèses, ils les décrivent comme paresseuses et manquant de volonté. De plus, selon ces médecins, l'excès d'apport alimentaire et le manque d'activité physique sont les principaux facteurs de risque d'obésité. Ils attribuent un rôle beaucoup plus faible aux facteurs socio-économiques (faibles revenus et chômage) et psychologiques (stress, anxiété). Concernant les représentations autour des complications de l'obésité, les complications médicales sont les plus citées devant les complications de la qualité de vie (psychologiques et sociales). Dans notre étude, les patients ont eux aussi cité en priorité les complications médicales. Enfin, 57 % des médecins de l'étude réalisée en Provence-Alpes-Côte d'Azur se disent pessimistes quant à la capacité des patients à perdre du poids et à maintenir cette perte de poids ; ils décrivent un sentiment d'inefficacité quant à la prise en charge des patients obèses. Ce sentiment d'inefficacité a également été mis en avant dans une étude réalisée à Tours⁴⁵.

Les médecins généralistes ont donc, eux aussi, beaucoup de conceptions erronées. Celles-ci peuvent induire un sentiment de démotivation de leur part. Ainsi, l'association de croyances inadaptées chez les médecins et les patients semble constituer un frein à une prise en charge efficace. Pour le médecin généraliste, il apparaît donc nécessaire de réaliser une évaluation des croyances des

patients en amont de leur prise en charge. De plus, la prise de conscience par celui-ci de ses propres croyances faciliterait peut être sa capacité à prendre en charge efficacement le patient obèse.

3. De meilleurs résultats lors d'une prise en charge pluriprofessionnelle

Dans ses recommandations adressées aux médecins généralistes sur la prise en charge des patients ayant un excès de poids, la HAS stipule que le médecin généraliste est apte à prendre en charge seul le patient. Il lui délivrera une éducation diététique, des conseils d'activité physique et réalisera une approche psychologique. C'est seulement dans le cadre d'un échec thérapeutique que la HAS conseille au médecin généraliste de faire appel à d'autres professionnels de santé.

Dans leurs travaux, Euller-Ziegler et Ziegler décrivent la multi ou pluridisciplinarité⁴⁶ en médecine. La prise en charge multidisciplinaire ne permet pas seulement, selon eux, d'additionner les compétences de chacun des professionnels, elle les potentialise. Ce faisant, elle favorise l'amélioration de la qualité des soins et facilite la prise en charge des patients. Cette « dynamique multidisciplinaire » permet aussi aux médecins généralistes d'éviter le sentiment d'isolement. Ainsi, les échanges avec d'autres professionnels de santé lui permettront de mieux appréhender la maladie et ses complications. Ils favoriseront également une meilleure connaissance du patient, de ses besoins et ses attentes.

Différentes études ont examiné les attentes des médecins généralistes et leurs relations avec les autres professionnels de santé dans le cadre de l'approche thérapeutique des patients obèses. Les résultats de ces travaux sont parfois contradictoires.

L'étude éduora2⁴⁷ a questionné un certain nombre de professionnels de santé, dont des médecins généralistes, sur les compétences qu'ils souhaiteraient développer pour améliorer l'approche des patients obèses. Les principaux domaines cités étaient les dimensions humaines, c'est-à-dire la relation soignant-soigné, et le travail en équipe pluriprofessionnelle. Ainsi, les professionnels de santé semblent demandeurs de plus de travail et d'échanges avec leurs confrères.

La thèse de Tania Hooser⁴⁸ s'est intéressée plus précisément aux pratiques des médecins généralistes du pays Lunévillois. Il en ressort que 87 % des médecins interrogés se disent favorables à une prise en charge pluridisciplinaire et que 79 % d'entre eux adressent systématiquement leurs patients obèses vers une diététicienne, 57 % vers un médecin nutritionniste et 30 % vers un psychologue. Ce travail tend donc à montrer que les médecins généralistes travaillent de manière régulière avec d'autres professionnels de santé dans le cadre de la prise en charge du patient obèse et qu'ils y sont favorables.

De la même manière, dans l'étude réalisée à Tours⁴⁴, on observe que la quasi-totalité des médecins interrogés adressent leurs patients obèses à des diététiciennes ou nutritionnistes.

Au contraire, dans l'étude réalisée par Thuan et Avignon dans le Languedoc Roussillon⁴⁹, seuls 12 % des médecins interrogés adressent leurs patients obèses à une diététiciennes et moins de 25 % des médecins généralistes considèrent qu'il est très important d'adresser le patient obèse à un médecin nutritionniste, une diététicienne, un psychologue ou un psychiatre.

Ces différents résultats ne permettent pas une conclusion franche. Ils mettent surtout en évidence la diversité des pratiques chez les médecins généralistes.

Dans notre étude, nous constatons que plus les patients déclaraient avoir consulté de professionnels de santé différents et de multiples sources d'informations, meilleurs étaient leurs résultats au score global de connaissances. De plus, le test du khi-2 effectué sur ce croisement de variables permet de

rejeter l'hypothèse d'indépendance. Il existe donc un lien significatif entre le nombre de professionnels de santé et de sources d'informations consultés et le score global de connaissances. Par contre, on ne retrouvait pas le même type de gradation concernant les croyances des patients. En tout état de cause, ces résultats questionnent sur la manière de prendre en charge l'obésité. Tous les patients obèses ne devraient-ils pas bénéficier d'une prise en charge pluriprofessionnelle ?

Finalement, en matière de suivi du patient obèse, divers travaux ainsi que les résultats de notre étude mettent en avant les avantages des prises en charge pluriprofessionnelles^{46, 50}. De nombreux médecins semblent également demandeurs d'un travail en équipe. Dans le même temps, la HAS conseille aux médecins d'attendre un échec thérapeutique avant d'adresser le patient vers d'autres professionnels de santé. Ces éléments discordants ne peuvent-ils pas conduire à une hésitation du médecin généraliste quant à la façon de procéder pour prendre en charge efficacement les patients obèses ? On observe en tout cas que leurs pratiques divergent.

Dès lors, comment favoriser l'uniformisation et l'efficacité des approches thérapeutiques du patient obèse ? Le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et l'adhésion des médecins à des réseaux de soins a favorisé les échanges entre les professionnels de santé et a facilité la prise en charge des malades. Ne faudrait-il pas que l'ensemble des médecins généralistes adhère à des réseaux pratiquant de l'ETP pour que l'ensemble de leurs patients puissent avoir accès à des programmes d'ETP ?

Conclusion

A l'heure où la problématique de l'obésité constitue un véritable enjeu de Santé Publique dans l'ensemble de la population française et en particulier pour les populations précaires, la prise en charge de celle-ci reste encore très complexe et aboutit trop souvent à un échec sur le long terme.

Actuellement, les pratiques en matière de prise en charge de l'obésité passent par les modifications thérapeutiques du mode de vie. Pour cela les patients doivent modifier leurs croyances et leurs connaissances car elles influencent leurs comportements.

Les connaissances et croyances des patients obèses sont marquées par une très forte variabilité. Chaque patient est unique et ses croyances et ses connaissances le sont aussi lorsqu'on les examine dans le détail.

En matière de connaissances, certains éléments partagés par les patients ont été mis en avant par notre étude. De nombreuses connaissances utiles à la prise en charge de l'obésité ne sont pas acquises par les patients. Les repères PNNS sont insuffisamment connus. Les patients mesurent également difficilement l'impact de l'obésité sur leur vie quotidienne.

Par ailleurs, les résultats de notre étude ont montré que les patients interrogés étaient porteurs de nombreuses croyances inadaptées. Ce système de croyances dysfonctionnel constitue un frein à la réussite des accompagnements pour deux raisons principales :

- Il est à la base de résistances au changement dont le fonctionnement a été décrit avec précision par Golay, Lager et Giordan. Ces résistances peuvent aussi s'expliquer par l'existence de croyances néfastes du côté du médecin généraliste. Dans ce cadre, la réalisation d'une étude observant les croyances des médecins généralistes et les confrontant aux croyances des patients pourrait être pertinente.
- Il engendre certainement des difficultés pour acquérir de nouvelles connaissances. Il existe en effet une relation significative entre le niveau de croyances des patients obèses et leurs niveaux de connaissances. Les patients qui présentent le plus de croyances inadaptées sont également ceux pour lesquels les connaissances sont les plus faibles.

Ainsi la prise en charge du patient obèse ne doit pas se limiter à l'apprentissage de connaissances mais passe d'abord par le questionnement et la remise en cause des croyances.

Ces éléments soulignent l'intérêt pour les professionnels de santé, et surtout pour le médecin généraliste, d'évaluer les connaissances et surtout les croyances dès le début de la prise en charge du patient obèse, afin de pouvoir mettre en place les MTMV.

Tant dans notre étude que dans d'autres travaux, on observe chez les patients à faible statut socio-économique davantage de connaissances et croyances défavorables.

Le gradient social que l'on constate en matière de prévalence de l'obésité peut être transposé chez les patients obèses concernant leurs connaissances et leurs croyances. Ainsi, les inégalités sociales qui existent en matière d'obésité ne portent pas seulement sur la prévalence mais s'expriment aussi chez les malades.

Les objectifs et les actions en matière de nutrition mis en place par le PNNS et qui ciblent les publics les plus précaires, sont-ils suffisantes ? Aujourd'hui encore, ces politiques portent essentiellement sur le développement d'actions de prévention. Ne devraient-elles pas dépasser ce cadre préventif et investir plus largement le champ des prises en charge thérapeutiques ?

A son niveau, le médecin généraliste pourrait améliorer la prise en charge des populations les plus vulnérables en leur portant une attention particulière et en recherchant leurs croyances et leurs connaissances en matière d'obésité. Par ce travail, il pourrait permettre de limiter l'augmentation de la prévalence de l'obésité dans cette population et de réduire les inégalités sociales de santé.

Les résultats de notre étude font état d'une relation significative entre les connaissances des patients et le nombre de sources d'informations sur l'obésité qu'ils ont pu mobiliser. Les patients qui avaient consulté le plus de professionnels de santé différents présentaient de meilleures connaissances.

Ce constat et ceux d'autres études mettent en avant le rôle fondamental de la prise en charge pluridisciplinaire des patients en matière d'obésité. Pourtant, elle ne constitue pas la première approche thérapeutique recommandée par la HAS. Faut-il réellement attendre un échec thérapeutique pour travailler avec d'autres professionnels de santé et adresser son patient à un réseau de prise en charge de l'obésité ? Ne faudrait-il pas que l'ensemble des médecins généralistes adhèrent à des réseaux d'ETP pour favoriser l'accès de l'ensemble de leurs patients à des programmes de prise en charge pluriprofessionnelle ?

Bibliographie

1. OBÉPI 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. [Internet]. [page consultée le 02 juil 2016]. Disponible sur : http://www.roche.fr/content/dam/corporate/roche_fr/doc/ObÉpi_2012.pdf
2. OMS | 10 faits sur l'obésité [Internet]. WHO. [page consultée le 18 avr 2016]. Disponible sur : <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/fr/>
3. DARMON. (2008). Le gradient social de l'obésité se creuse en France. Sait-on pourquoi ? Journal OCL, 15(1):46-52
4. INVS. Etude nationale nutrition santé ENNS, 2006 [Internet]. [page consultée le 02 juil 2016]. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/publications/2007/nutrition_enns/RAPP_INST_ENNS_Web.pdf
5. PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTE 2001-2005 [Internet]. [page consultée le 18 avr 2016]. Ministère délégué à la santé. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1n1.pdf>
6. PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTE 2006-2010 [Internet]. [page consultée le 18 avr 2016]. Ministère de la Santé et des solidarités. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan.pdf>
7. PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTE 2011-2015 [Internet]. [page consultée le 18 avr 2016]. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
8. LES 9 REPERES -MANGER BOUGER [Internet]. [page consultée le 18 avr 2016]. Disponible sur : <http://www.mangerbouger.fr/Les-9-reperes>
9. LOI N° 2004-806 DU 9 AOUT 2004 - ARTICLE 30 | Legifrance [Internet]. [page consultée le 19 avr 2016]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/9/2004-806/jo/article_30
10. LOI N° 2004-806 DU 9 AOUT 2004 - ARTICLE 29 | Legifrance [Internet]. [page consultée le 19 avr 2016]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/9/2004-806/jo/article_29
11. PLAN OBESITE 2010-2013 [Internet]. [page consultée le 19 avr 2016]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf
12. BASDEVANT A, LAVILLE M, ZIEGLER O. (1998). Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité. Cahiers de Nutrition et Diététique, 33(suppl 1):1-43
13. HAUTE AUTORITE DE SANTE. (2011). Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [Internet]. [page consultée le 19 avr 2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_obesite_adulte_premiers_recours.pdf

14. ZIEGLER O, BERTIN E, ET AL. (2014). Éducation thérapeutique et parcours de soins de la personne obèse. *Obésité*, 9:302-328
15. D'IVERNOIS JF, GAGNAYRE R. (2011). Apprendre à éduquer le patient : Approche pédagogique, 4e éd. Paris : Maloine, p.48-50
16. ITEM 247 MODIFICATIONS THERAPEUTIQUES DU MODE DE VIE (ALIMENTATION ET ACTIVITE PHYSIQUE) CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT. [Internet]. [page consultée le 19 avr 2016]. Disponible sur : http://www.cofemer.fr/article.php?id_article=887
17. BARTHASSAT V, LAGGER G, GOLAY A. (2008). Représentations, comportements et obésité. *Rev Med Suisse*, 151:848-853
18. GOLAY A, LAGGER G, GIORDAN A. (2007). Une éducation thérapeutique en quatre dimensions pour diminuer la résistance au changement des patients obèses. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 1(1):69-76
19. CIRILLO T, ALBANO MG, CROZET, D'IVERNOIS JF. (2006). Connaissances et croyances sur l'alimentation de patients en surpoids et obèses : enquête en Italie du Sud. *Rev Med Suisse*, 59:848-852
20. BOEGNER C. (2012) Conception et test d'un outil d'auto-questionnement du patient obèse dans un programme en développement d'éducation thérapeutique. [Internet]. [page consultée le 10 juin 2016]. Disponible sur : http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/enseignement_therapeutique_pour_maladies_chroniques/documents/boegner.pdf
21. INPES (oct. 2007) Post-test des messages sanitaires apposés sur les publicités alimentaires auprès des 8 ans et plus. [Internet]. [page consultée le 10 juin 2016]. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/messages_sanitaires_etude_INPES.pdf
22. ESCALON H, BOSSARD C, BECK F. (2009). Baromètre santé nutrition 2008. Saint-Denis, coll. Baromètres santé, p.78-115
23. RIAZI A, SHAKOOR S, DUNDAS I, EISER C, MCKENZIE SA. (2010). Health-related quality of life in a clinical sample of obese children and adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8:134
24. ZIEGLER O, FILIPECKI J, GIROD I, GUILLEMIN F. (2005) Development and validation of a French obesity-specific quality of life questionnaire: Quality Of Life, Obesity and Dietetics (QOLOD) rating scale. *Diabetes metab*, 31(3):273-283
25. THERRIEN F. ET AL. (2011). The laval questionnaire: a new instrument to measure quality of life in morbid obesity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9:66
26. FISCHLER C. (1987). La symbolique du gros. *Communications*, 46(1):255-278

27. STAFIERRY JR. (1967). A study of social stereotype of body image in children. *Journal of personality and social psychology*, 7:101-104
28. DAYER-METROZ MD, DECLERCQ-BEZENÇON C, DESCOMBES C, VIMER A. (2002). L'importance des croyances et des représentations chez les adolescents. *Médecine et hygiène*, 60:1105-1111
29. PLAN NATIONAL « BIEN VIEILLIR » 2007-2009. [Internet]. [page consultée le 10 juin 2016]. Disponible sur : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf
30. MANGER BOUGER PNNS. Le guide nutrition à partir de 55ans -édition 2015 : La santé en mangeant et en bougeant
31. CIMON-LAMBERT K. ET AL. (2002). Perceptions, attitudes et connaissances des parents d'enfant d'âge préscolaire au sujet de l'alimentation, de la santé, de l'obésité et de l'activité physique ; une approche qualitative. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 102:317-335
32. LAVALLEE M. ET AL. (2004). Les représentations sociales de l'alimentation : convergences et divergences entre enfants, parents et enseignants. *Revue de l'Université de Moncton*, 35(2):101-129
33. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PAUVRETE ET DE L'EXCLUSION SOCIAL. (2002). Rapport 2001-2002, la Documentation française, Paris
34. DE SAINT POL T. (2007). L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent. *INSEE première*, n°1123
35. MC ARTHUR L, PENA M, HOLBERT D. (2001). Effects of socioeconomic status on the obesity knowledge of adolescents from six Latin American cities. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder*, 25:1262-1268
36. BALDUF LM, KOHN GP, GALANKO JA, FARRELL TM. (2009). The impact of socioeconomic factors on patient preparation for bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 19:1089-1095
37. KENNEN EM, DAVIS TC, HUANG J ET AL. (2005). Tipping the scales: the effect of literacy on obese patients' knowledge and readiness to lose weight. *Southern Medical Journal*, 98:15-18
38. MONGEAU L, AUDET N, AUBIN J, BARALDI R. (2005). L'excès de poids dans la population Québécoise de 1987 à 2003. Institut National de Santé Publique du Québec et Institut de la Statistique du Québec, Québec : 24p.
39. MICHAUD C., BAUDIER F., LOUNDOU, LE BIHAN G., JANVRIN M., ROTILY M. (1998). Habitudes, consommations et connaissances alimentaires des Français en situation de précarité financière. *Santé publique*, 10:333-347
40. MARGETTS BM, MARTINEZ JA, SABA A, HOLM L, KEARNEY M, MOLES A. (1997). Definitions of 'healthy' eating: a pan-EU survey of consumer attitudes to food, nutrition and health. *European Journal of Clinical Nutrition*, 51(Suppl 2):S23-S29

41. ROSENSTOCK I. (1974). *Historical Origins of the Health Belief Model*, Health Education Behavior, 2(4):328–335
42. PROCHASKA JO, VELICER WF. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promot, 12(1):38-48
43. HAUTE AUTORITE DE SANTE. (2007). Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation [Internet]. [page consultée le 11 juin 2016]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
44. ORS PACA, INSERM U379. (2005). La prise en charge en médecine générale de ville du surpoids et de l'obésité : résultats d'une enquête auprès du panel de médecins généralistes de la région Provence Alpes Côte d'Azur. Regard Santé, n°7
45. LEHR DRYLEWICZ AM, RENOUX C, SAVAN L, LEBEAU JP. (2010). La prise en charge du surpoids en médecine générale : mission impossible? Exercer, 94:130-135
46. EULLER-ZIEGLER L., ZIEGLER G. (2001). Qu'est-ce qu'une approche multidisciplinaire? Définition, cadre de soins, problématique, Revue de Rhumatologie, 68:126-130
47. ZIEGLER O. (2013). Les résultats de l'étude menée auprès de soignants en termes d'attentes et de besoins en formation pour la prise en charge de l'obésité. Edudora2. [internet]. [page consultée le 11 juin 2016]. Disponible sur <http://www.edudora2.eu/Professionnels>
48. HOESER T. (2013). Prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'adulte par le médecin généraliste et collaboration avec les réseaux de soins : Évaluation des pratiques des médecins adhérents et non-adhérents à la Maison du Diabète et de la Nutrition de Lunéville. Thèse de Médecine générale, Nancy, 89p.
49. THUAN J-F, AVIGNON A. (2005). Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. International Journal of Obesity, 9(9):1100–6.
50. D'IVERNOIS JF, GAGNAYRE R. (2011). Apprendre à éduquer le patient : Approche pédagogique, 4e éd. Paris : Maloine, p.67-70

Annexes

Annexe 1 : Consentement patient	57
Annexe 2 : Questionnaire patient	58
Annexe 3 : Répartition des répondants selon le score de connaissances généralités sur l'obésité et les variables socio-démographiques	62
Annexe 4 : Répartition des répondants selon le score de connaissances activité physique et les variables socio-démographiques	63
Annexe 5 : Répartition des répondants selon le score de connaissances alimentation et les variables socio-démographiques.....	64
Annexe 6 : Répartition des répondants selon le score de connaissances PNNS et les variables socio-démographiques	65
Annexe 7 : Répartition des répondants selon le score de croyances généralités sur l'obésité et les variables socio-démographiques	66
Annexe 8 : Répartition des répondants selon le score de croyances activité physique et les variables socio-démographiques.....	67
Annexe 9 : Répartition des répondants selon le score de croyances alimentation et les variables socio-démographiques.....	68

Annexe 1 : Consentement patient

Partie détachée lors de l'analyse de l'enquête

Dans le cadre de la réalisation d'une thèse de médecine générale, nous vous proposons de répondre à quelques questions.

L'objectif de ce travail est de permettre une amélioration de la prise en charge des patients obèses.

Toutes les données recueillies seront traitées de manière anonyme.

En signant ce document, vous confirmez avoir été informé du caractère anonyme des informations recueillies qui seront utilisées pour ce travail de thèse.

Nom :

Prénom :

Signature :

Merci de votre participation

Si vous le souhaitez, nous pourrions vous tenir informer des résultats de cette recherche.

OUI /NON

Annexe 2 : Questionnaire patient

QUESTIONNAIRE PATIENT ALUMNAT

Ce questionnaire est anonyme et vous prendra moins de 10 minutes

INFORMATIONS GENERALES

1 - Vous êtes : Un homme Une femme

2- Quel âge avez-vous ?

3- Quelle est votre situation familiale ?

Cochez le nombre d'enfants

<input type="checkbox"/> Je vis seul sans enfant	<input type="checkbox"/> Je vis seul avec enfant(s)	① ② ③ ④ et +
<input type="checkbox"/> Je vis en couple sans enfant	<input type="checkbox"/> Je vis en couple avec enfant(s)	① ② ③ ④ et +
Autre (précisez) :		

4- Quelle est votre activité principale ?

<input type="checkbox"/> Je travaille	<input type="checkbox"/> Je suis au chômage
<input type="checkbox"/> Je suis retraité	<input type="checkbox"/> Je suis étudiant
<input type="checkbox"/> Je suis en invalidité	Autre :

5- A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous ?

<input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant	<input type="checkbox"/> Profession intermédiaire
<input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef d'entreprise	<input type="checkbox"/> Employé
<input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure	<input type="checkbox"/> Ouvrier
<input type="checkbox"/> Etudiant	<input type="checkbox"/> N'a jamais travaillé

Si vous êtes retraité, en invalidité ou demandeur d'emploi, à quelle catégorie professionnelle appartenait votre dernier emploi ?

6- Quel est votre plus haut niveau de formation ?

<input type="checkbox"/> Pas d'études	<input type="checkbox"/> Secondaire titulaire du BAC général ou technique
<input type="checkbox"/> Primaire	<input type="checkbox"/> Supérieur jusqu'à BAC +2
<input type="checkbox"/> Secondaire (de la 6ème à la 3ème, CAP, apprentissage)	<input type="checkbox"/> Supérieur BAC +3 et plus
<input type="checkbox"/> Secondaire (de la seconde à la terminale, BEP) non titulaire du BAC	

7- Quel est le revenu net par mois de l'ensemble des membres de votre foyer ?

<input type="checkbox"/> Inférieur à 1 000 €	<input type="checkbox"/> Entre 3 000€ et 5 000€
<input type="checkbox"/> Entre 1 000 € et 2 000 €	<input type="checkbox"/> Supérieur à 5 000€
<input type="checkbox"/> Entre 2 000 € et 3 000 €	<input type="checkbox"/> Ne souhaite pas répondre

8- Qui vous a conseillé de venir au Centre médical Diététique l'Alumnat ?

(Plusieurs réponses possibles)

<input type="checkbox"/> Le médecin généraliste	<input type="checkbox"/> Un de vos proches
<input type="checkbox"/> Un médecin spécialiste	<input type="checkbox"/> Personne, vous êtes venu par vous-même
Autre (précisez) :	

9- Aviez-vous déjà fait un séjour dans un centre diététique ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
------------------------------	------------------------------

10- Si oui, le ou lesquels :

11- Avez-vous consulté votre médecin généraliste pour votre obésité ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
------------------------------	------------------------------

12- Si oui, quelle quantité d'information vous a-t-il donné ?

<input type="checkbox"/> Aucune information	<input type="checkbox"/> Un peu d'information	<input type="checkbox"/> Beaucoup d'information
---	---	---

13- Si votre médecin généraliste vous a donné des informations sur l'obésité, cela concernait : (Plusieurs réponses possibles)

<input type="checkbox"/> Les complications de l'obésité
<input type="checkbox"/> Votre objectif de poids
<input type="checkbox"/> La nutrition
<input type="checkbox"/> L'activité physique
<input type="checkbox"/> L'orientation vers d'autres professionnels de santé
<input type="checkbox"/> Autres (précisez):

14- Quels autres outils ou personnes vont ont donné des informations sur l'obésité ?

	oui	non
Les médias, (PUB, Internet, émissions TV, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les diététiciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les médecins spécialistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les coachs sportifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A PROPOS DE L'OBESITE

15- Comment se calcule l'IMC ?

(Une seule réponse possible)

<input type="checkbox"/> Tour de taille(m) / Taille(m) ²	<input type="checkbox"/> Tour de hanche(m)/Tour de taille(m)
<input type="checkbox"/> Poids (kg)/Taille(m)	<input type="checkbox"/> Poids (kg)/Tour de cou(m)
<input type="checkbox"/> Poids (kg) / Taille(m) ²	<input type="checkbox"/> Ne sais pas

(/ : Divisé par)

16- On peut définir l'obésité à partir d'un IMC supérieur à:

<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 30
<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 45
<input type="checkbox"/> Ne sais pas	

17- Pouvez vous citer des complications de l'obésité (conséquences défavorables pour la santé) ?

(maximum 5)

1 :
2 :
3 :
4 :
5 :

18- Pouvez-vous citer différentes façons de perdre du poids ?

(Maximum 3)

1 :
2 :
3 :

19- Pour être en bonne santé, Il est recommandé de pratiquer une activité physique de :
(une seule réponse possible) recommandations PNNS

<input type="checkbox"/>	30 minutes de marche un jour sur deux	<input type="checkbox"/>	1 heure de marche tous les jours
<input type="checkbox"/>	30 minutes de marche une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	30 minutes de marche tous les jours
<input type="checkbox"/>	Ne sais pas		

20- Ces affirmations sont-elles vraies ?

Recommandations PNNS

	Vrai	Faux	Je ne sais pas
Il est conseillé de manger des féculents à chaque repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est conseillé de manger de la viande, du poisson ou des œufs 1 à 2 fois par jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est conseillé de manger au minimum 3 fruits et légumes par jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21- Dans quels aliments retrouve-t-on des protéines en grande quantité ?

(Plusieurs réponses possibles)

<input type="checkbox"/>	Les légumes	<input type="checkbox"/>	Les œufs
<input type="checkbox"/>	La viande	<input type="checkbox"/>	Le poisson
<input type="checkbox"/>	Le pain	<input type="checkbox"/>	Ne sais pas

22- A partir de la lecture de l'étiquette ci-dessous, pouvez-vous répondre aux questions qui suivent ?

16 BISCUITS AUX PÉPITES DE CHOCOLAT ET AU QUINOA ISSUS DE L'AGRICULTURE BIOLOGIQUE

Ces biscuits croustillants et dorés à souhait vous régaleront par leur bon goût de chocolat. L'alliance originale du blé et du quinoa, aussi appelé "céréale des Andes", vous invite à de nouveaux plaisirs gourmands.

NUTRITION

*Les biscuits ont leur place dans une alimentation équilibrée, à condition de les consommer dans le cadre d'un repas et à la juste portion. La bonne portion pour ces biscuits aux pépites de chocolat et au quinoa ? 1 sachet de 2 biscuits.
Idée goûter complet : 1 pomme + 2 biscuits aux pépites de chocolat et au quinoa + 1 yaourt nature + 1 thé.*

Valeurs énergétiques et nutritionnelles moyennes :		
	Pour 100 g	Pour 1 sachet de 2 biscuits (16,8g)
ENERGIE	1922 kJ (457 kcal)	323 kJ (77 kcal)
PROTEINES	7,8 g	1,3 g
GLUCIDES DONT SUCRES	70 g 25 g	11,8 g 4,2 g
LIPIDES DONT ACIDES GRAS SATURÉS	16,2 g 8,5 g	2,7 g 1,4 g
FIBRES	3 g	0,5 g
SODIUM	0,12 g	0,02 g

INGREDIENTS : Farine de blé* 58% - sucre de canne* - pépites de chocolat* 11,5% (pâte de cacao* - sucre de canne* - émulsifiant : lécithine de soja) - matière grasse végétale* (palme) - farine et flocons de quinoa* 6% - œufs* - lait écrémé en poudre* - poudres à lever : carbonate acide d'ammonium, tartrates de potassium, carbonate acide de sodium - sel marin non raffiné - arôme naturel vanille. Traces d'arachide, de sésame et de fruits à coque.
* Ingrédients issus de l'agriculture biologique.

Quelle est la valeur énergétique pour 2 biscuits ? kcal
Combien de grammes de glucides retrouve-t-on dans 100 grammes de biscuits ? gr
Quelle quantité de matière grasse retrouve-t-on dans 2 biscuits ? gr
Quel label se trouve sur cet aliment ?
Cet aliment contient-il des allergènes ?

23- Etes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes ?

	D'ACCORD	PAS D'ACCORD
L'obésité est une maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'obésité est une maladie chronique qui nécessite un long suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chez les patients obèses, la prise de poids est surtout liée au mode de vie, à l'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chez les patients obèses, la prise de poids est surtout liée à des facteurs hormonaux et génétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'obésité entraîne très peu de conséquences défavorables pour la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être gros c'est être fort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être gros c'est être en bonne santé, perdre du poids c'est être malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Être gros protège contre les maladies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24- Etes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes ?

	D'ACCORD	PAS D'ACCORD
Avoir une activité physique signifie obligatoirement faire du sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'activité physique m'aidera à perdre du poids sans que j'aie besoin de réduire mon alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour perdre du poids, il faut transpirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25- Etes-vous d'accord ou non avec les affirmations suivantes ?

	D'ACCORD	PAS D'ACCORD
Manger de façon équilibrée coûte cher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'alcool est pauvre en calories	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est recommandé de manger en prenant son temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est recommandé de manger devant la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certaines huiles sont plus grasses que d'autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boire de l'eau pendant les repas fait grossir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certaines eaux font maigrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les produits « light » ne contiennent pas de calories	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est inutile de lire les étiquettes sur les emballages des aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci de votre participation,

A REMPLIR PAR L'INFIRMIERE

26 : Poids (kg):

27 : Taille (m):

Annexe 3 : Répartition des répondants selon le score de connaissances généralités sur l'obésité et les variables socio-démographiques

		SCORE CONNAISSANCES GENERALITES		
		Bon	Moyen	Mauvais
Ensemble des répondants		20 %	43 %	36 %
Sexe	Hommes	19%	40%	40%
	Femmes	21%	45%	34%
Age	Moins de 40 ans	33%	38%	29%
	Entre 40 et 59 ans	22%	43%	35%
	60 ans et plus	12%	46%	42%
IMC	Inférieur à 35	13%	54%	33%
	Entre 35 et 39,9	28%	37%	34%
	40 et plus	16%	43%	41%
Situation familiale	En couple sans enfant	16%	48%	36%
	En couple avec enfant(s)	26%	47%	28%
	Seul sans enfant	19%	37%	44%
	Seul avec enfant(s)	31%	46%	23%
	<i>Vit chez ses parents</i>	0%	0%	100%
Occupation principale	Je travaille	34%	47%	19%
	Je suis au chômage	5%	55%	41%
	Je suis retraité	13%	37%	50%
	Je suis en invalidité	8%	31%	62%
	Autre inactif	18%	45%	36%
Catégorie Socio-Professionnelle (CSP)	<i>Artisan, commerçant</i>	0%	100%	0%
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	38%	62%	0%
	Profession intermédiaire	36%	45%	18%
	Employé	26%	46%	28%
	Ouvrier	15%	54%	31%
	<i>N'a jamais travaillé</i>	0%	0%	100%
Niveau d'études (plus haut niveau atteint)	Pas ou peu diplômé	4%	40%	56%
	Secondaire long	32%	47%	21%
	Etudes supérieures	39%	45%	16%
Niveau de revenus	Inférieur à 1 000 €	4%	29%	67%
	Entre 1 000 et 2 000 €	16%	39%	45%
	Entre 2 000 et 3 000 €	35%	49%	16%
	Supérieur à 3 000 €	20%	64%	16%

Annexe 4 : Répartition des répondants selon le score de connaissances activité physique et les variables socio-démographiques

		SCORE CONNAISSANCES ACTIVITE PHYSIQUE	
		Bon	Mauvais
Ensemble des répondants		70 %	30 %
Sexe	Hommes	60%	40%
	Femmes	78%	22%
Age	Moins de 40 ans	71%	29%
	Entre 40 et 59 ans	67%	33%
	60 ans et plus	76%	24%
IMC	Inférieur à 35	82%	18%
	Entre 35 et 39,9	70%	30%
	40 et plus	63%	38%
Situation familiale	En couple sans enfant	68%	32%
	En couple avec enfant(s)	65%	35%
	Seul sans enfant	72%	28%
	Seul avec enfant(s)	92%	8%
	<i>Vit chez ses parents</i>	<i>50%</i>	<i>50%</i>
Occupation principale	Je travaille	80%	20%
	Je suis au chômage	68%	32%
	Je suis retraité	69%	31%
	Je suis en invalidité	46%	54%
	Autre inactif	55%	45%
Catégorie Socio-Professionnelle (CSP)	<i>Artisan, commerçant</i>	<i>100%</i>	<i>0%</i>
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	92%	8%
	Profession intermédiaire	73%	27%
	Employé	70%	30%
	Ouvrier	85%	15%
	<i>N'a jamais travaillé</i>	<i>100%</i>	<i>0%</i>
Niveau d'études (plus haut niveau atteint)	Pas ou peu diplômé	64%	36%
	Secondaire long	77%	23%
	Etudes supérieures	76%	24%
Niveau de revenus	Inférieur à 1 000 €	58%	42%
	Entre 1 000 et 2 000 €	76%	24%
	Entre 2 000 et 3 000 €	73%	27%
	Supérieur à 3 000 €	68%	32%

Annexe 5 : Répartition des répondants selon le score de connaissances alimentation et les variables socio-démographiques

		SCORE CONNAISSANCES ALIMENTATION		
		Bon	Moyen	Mauvais
Ensemble des répondants		23%	56%	21%
Sexe	Hommes	16%	25%	58%
	Femmes	28%	18%	54%
Age	Moins de 40 ans	38%	46%	17%
	Entre 40 et 59 ans	23%	59%	18%
	60 ans et plus	18%	54%	28%
IMC	Inférieur à 35	26%	64%	10%
	Entre 35 et 39,9	25%	52%	22%
	40 et plus	20%	54%	27%
Situation familiale	En couple sans enfant	22%	50%	28%
	En couple avec enfant(s)	23%	60%	16%
	Seul sans enfant	20%	57%	22%
	Seul avec enfant(s)	38%	62%	0%
	<i>Vit chez ses parents</i>	<i>50%</i>	<i>0%</i>	<i>50%</i>
Occupation principale	Je travaille	34%	56%	9%
	Je suis au chômage	18%	55%	27%
	Je suis retraité	19%	54%	27%
	Je suis en invalidité	8%	69%	23%
	Autre inactif	9%	45%	45%
Catégorie Socio-Professionnelle (CSP)	<i>Artisan, commerçant</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>	<i>0%</i>
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	62%	38%	0%
	Profession intermédiaire	18%	64%	18%
	Employé	28%	57%	15%
	Ouvrier	15%	62%	23%
	<i>N'a jamais travaillé</i>	<i>50%</i>	<i>50%</i>	<i>0%</i>
Niveau d'études (plus haut niveau atteint)	Pas ou peu diplômé	9%	60%	31%
	Secondaire long	32%	53%	15%
	Etudes supérieures	42%	50%	8%
Niveau de revenus	Inférieur à 1 000 €	8%	54%	38%
	Entre 1 000 et 2 000 €	21%	53%	26%
	Entre 2 000 et 3 000 €	30%	59%	11%
	Supérieur à 3 000 €	40%	48%	12%

Annexe 6 : Répartition des répondants selon le score de connaissances PNNS et les variables socio-démographiques

		SCORE CONNAISSANCES PNNS		
		Bon	Moyen	Mauvais
Ensemble des répondants		8%	64%	28%
Sexe	Hommes	7%	55%	37%
	Femmes	8%	71%	21%
Age	Moins de 40 ans	13%	63%	25%
	Entre 40 et 59 ans	10%	61%	28%
	60 ans et plus	2%	70%	28%
IMC	Inférieur à 35	8%	72%	21%
	Entre 35 et 39,9	9%	60%	31%
	40 et plus	7%	64%	29%
Situation familiale	En couple sans enfant	4%	68%	28%
	En couple avec enfant(s)	14%	58%	28%
	Seul sans enfant	6%	65%	30%
	Seul avec enfant(s)	8%	77%	15%
	<i>Vit chez ses parents</i>	<i>50%</i>	<i>0%</i>	<i>50%</i>
Occupation principale	Je travaille	13%	69%	19%
	Je suis au chômage	5%	64%	32%
	Je suis retraité	2%	69%	29%
	Je suis en invalidité	15%	46%	38%
	Autre inactif	9%	36%	55%
Catégorie Socio-Professionnelle (CSP)	<i>Artisan, commerçant</i>	<i>100%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	8%	92%	0%
	Profession intermédiaire	9%	55%	36%
	Employé	9%	70%	22%
	Ouvrier	8%	54%	38%
	<i>N'a jamais travaillé</i>	<i>50%</i>	<i>50%</i>	<i>0%</i>
Niveau d'études (plus haut niveau atteint)	Pas ou peu diplômé	4%	62%	34%
	Secondaire long	13%	57%	30%
	Etudes supérieures	11%	76%	13%
Niveau de revenus	Inférieur à 1 000 €	0%	75%	25%
	Entre 1 000 et 2 000 €	10%	61%	29%
	Entre 2 000 et 3 000 €	14%	54%	32%
	Supérieur à 3 000 €	8%	76%	16%

Annexe 7 : Répartition des répondants selon le score de croyances généralités sur l'obésité et les variables socio-démographiques

		SCORE CROYANCES GENERALITES		
		Elevé	Moyen	Faible
Ensemble des répondants		58%	40%	2%
Sexe	Hommes	60%	40%	0%
	Femmes	57%	39%	4%
Age	Moins de 40 ans	38%	63%	0%
	Entre 40 et 59 ans	63%	33%	5%
	60 ans et plus	60%	40%	0%
IMC	Inférieur à 35	64%	31%	5%
	Entre 35 et 39,9	54%	45%	1%
	40 et plus	59%	39%	2%
Situation familiale	En couple sans enfant	60%	40%	0%
	En couple avec enfant(s)	56%	42%	2%
	Seul sans enfant	59%	37%	4%
	Seul avec enfant(s)	54%	38%	8%
	<i>Vit chez ses parents</i>	<i>50%</i>	<i>50%</i>	<i>0%</i>
Occupation principale	Je travaille	67%	33%	0%
	Je suis au chômage	50%	45%	5%
	Je suis retraité	54%	42%	4%
	Je suis en invalidité	46%	54%	0%
	Autre inactif	55%	36%	9%
Catégorie Socio-Professionnelle (CSP)	<i>Artisan, commerçant</i>	<i>100%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	77%	23%	0%
	Profession intermédiaire	54%	43%	2%
	Employé	77%	23%	0%
	Ouvrier	64%	36%	0%
	<i>N'a jamais travaillé</i>	<i>50%</i>	<i>50%</i>	<i>0%</i>
Niveau d'études (plus haut niveau atteint)	Pas ou peu diplômé	51%	45%	4%
	Secondaire long	57%	40%	2%
	Etudes supérieures	74%	26%	0%
Niveau de revenus	Inférieur à 1 000 €	33%	58%	8%
	Entre 1 000 et 2 000 €	65%	32%	3%
	Entre 2 000 et 3 000 €	70%	30%	0%
	Supérieur à 3 000 €	48%	52%	0%

Annexe 8 : Répartition des répondants selon le score de croyances activité physique et les variables socio-démographiques

		SCORE CROYANCES ACTIVITE PHYSIQUE		
		Elevé	Moyen	Faible
Ensemble des répondants		41%	37%	22%
Sexe	Hommes	40%	37%	22%
	Femmes	42%	37%	21%
Age	Moins de 40 ans	42%	42%	17%
	Entre 40 et 59 ans	48%	34%	18%
	60 ans et plus	30%	40%	30%
IMC	Inférieur à 35	49%	36%	15%
	Entre 35 et 39,9	46%	39%	15%
	40 et plus	30%	36%	34%
Situation familiale	En couple sans enfant	36%	38%	26%
	En couple avec enfant(s)	58%	37%	5%
	Seul sans enfant	31%	35%	33%
	Seul avec enfant(s)	54%	38%	8%
	<i>Vit chez ses parents</i>	<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>50%</i>
Occupation principale	Je travaille	52%	34%	14%
	Je suis au chômage	50%	27%	23%
	Je suis retraité	31%	40%	29%
	Je suis en invalidité	38%	38%	23%
	Autre inactif	18%	55%	27%
Catégorie Socio-Professionnelle (CSP)	<i>Artisan, commerçant</i>	<i>100%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	54%	38%	8%
	Profession intermédiaire	50%	30%	20%
	Employé	31%	46%	23%
	Ouvrier	82%	18%	0%
	<i>N'a jamais travaillé</i>	<i>0%</i>	<i>50%</i>	<i>50%</i>
Niveau d'études (plus haut niveau atteint)	Pas ou peu diplômé	38%	36%	26%
	Secondaire long	32%	45%	23%
	Etudes supérieures	61%	29%	11%
Niveau de revenus	Inférieur à 1 000 €	42%	29%	29%
	Entre 1 000 et 2 000 €	34%	42%	24%
	Entre 2 000 et 3 000 €	49%	38%	14%
	Supérieur à 3 000 €	64%	24%	12%

Annexe 9 : Répartition des répondants selon le score de croyances alimentation et les variables socio-démographiques

		SCORE CROYANCES ALIMENTATION		
		Elevé	Moyen	Faible
Ensemble des répondants		41%	37%	22%
Sexe	Hommes	40%	57%	3%
	Femmes	58%	42%	0%
Age	Moins de 40 ans	58%	42%	0%
	Entre 40 et 59 ans	52%	47%	1%
	60 ans et plus	44%	54%	2%
IMC	Inférieur à 35	54%	46%	0%
	Entre 35 et 39,9	52%	48%	0%
	40 et plus	46%	50%	4%
Situation familiale	En couple sans enfant	50%	48%	2%
	En couple avec enfant(s)	58%	42%	0%
	Seul sans enfant	44%	54%	2%
	Seul avec enfant(s)	62%	38%	0%
	<i>Vit chez ses parents</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>	<i>0%</i>
Occupation principale	Je travaille	55%	44%	2%
	Je suis au chômage	45%	55%	0%
	Je suis retraité	46%	52%	2%
	Je suis en invalidité	46%	54%	0%
	Autre inactif	64%	36%	0%
Catégorie Socio-Professionnelle (CSP)	<i>Artisan, commerçant</i>	<i>100%</i>	<i>0%</i>	<i>0%</i>
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	62%	38%	0%
	Profession intermédiaire	54%	43%	2%
	Employé	15%	85%	0%
	Ouvrier	82%	18%	0%
	<i>N'a jamais travaillé</i>	<i>0%</i>	<i>100%</i>	<i>0%</i>
Niveau d'études (plus haut niveau atteint)	Pas ou peu diplômé	39%	58%	3%
	Secondaire long	57%	43%	0%
	Etudes supérieures	66%	34%	0%
Niveau de revenus	Inférieur à 1 000 €	46%	54%	0%
	Entre 1 000 et 2 000 €	48%	50%	2%
	Entre 2 000 et 3 000 €	65%	35%	0%
	Supérieur à 3 000 €	56%	40%	4%

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

En France, l'obésité est marquée par une prévalence en hausse et de fortes inégalités sociales. Sa prise en charge est complexe et aboutit très fréquemment à un échec. Actuellement, l'approche thérapeutique comprend, pour le patient, des changements de comportement. Ils impliquent des modifications de leurs connaissances et croyances.

L'étude vise l'évaluation du niveau de connaissances et de croyances des patients obèses à propos de leur maladie, selon leur profil socio-économique. Une enquête descriptive par auto-questionnaires a été menée auprès de patients obèses réalisant un séjour dans un centre médical diététique.

197 questionnaires ont été récupérés et analysés du 1^{er} février au 30 juin 2016. 23 % des répondants avaient un bon niveau de connaissances globales et 23 % un mauvais niveau. 51 % des répondants avaient un niveau global de croyances élevé. Parmi les répondants ayant un bon niveau global en matière de connaissances, 76 % d'entre eux avaient également un niveau global favorable concernant les croyances ($p \leq 0,05$). Plus le niveau socio-économique (activité principale, niveau d'étude, niveau de revenu) des patients était élevé, meilleur était leur niveau de connaissances et croyances ($p \leq 0,05$). Plus les patients avaient consulté de professionnels de santé, meilleur était leur niveau de connaissances.

Devant l'existence de nombreuses croyances inadaptées et d'un défaut de connaissances des patients concernant l'obésité, une recherche initiale de celles-ci par le médecin généraliste prenant en charge le patient obèse paraît fondamentale, en particulier concernant les publics précaires. Le travail en équipes pluriprofessionnelles pourrait améliorer l'accompagnement des patients.

TITRE EN ANGLAIS

Obese patients' knowledge and beliefs concerning their medical condition.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2016

MOTS CLES : obésité, connaissances, croyances, statut socio-économique, pluridisciplinarité.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
