

Dans quelle(s) mesure(s) les croyances compensatoires sont-elles
présentes dans un groupe de personnes en surpoids ou obèses en tentative
de perte de poids ?

Mémoire réalisé par
Fany Panichelli

Promoteur
Professeur Jean-Marie Degryse

Co-promotrice
Magali Jacobs

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Dans quelle(s) mesure(s) les croyances compensatoires sont-elles
présentes dans un groupe de personnes en surpoids ou obèses en tentative
de perte de poids ?

Mémoire réalisé par
Fany Panichelli

Promoteur
Professeur Jean-Marie Degryse

Co-promotrice
Magali Jacobs

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Je tiens à remercier

Mon promoteur le professeur Jean-Marie Degryse, pour sa confiance, son enthousiasme, ses connaissances, sa rigueur, son soutien, son temps ainsi que pour ses nombreux conseils avisés qui m'ont donné l'envie et la force de me surpasser pour ce mémoire.

Ma co-promotrice Magali Jacobs pour avoir accepté de me suivre dans ce projet ainsi que pour ses conseils concernant l'accompagnement de terrain.

L'ensemble des diététiciennes et des patients ayant accepté de participer à ce projet et d'avoir pris le temps de répondre aux questionnaires.

Mes collègues et amies de master pour leurs soutiens et sans lesquelles ces deux années auraient été différentes.

Mes parents sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui.

Mon compagnon qui m'a soutenu et encouragée dans les moments de doutes et qui a toujours trouvé le temps de m'aider.

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhéré au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
LISTES DES TABLEAUX.....	7
LISTES DES FIGURES.....	8
INTRODUCTION.....	9
 PARTIE THEORIQUE	11
I. LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ.....	11
1. Définitions.....	11
2. Epidémiologie et impacts économiques.....	12
2.1. Au niveau mondial	12
2.2. Au niveau européen.....	12
2.3. Au niveau belge.....	12
3. Prise en charge diététique du surpoids et de l'obésité	15
II. LES TENTATIVES DE PERTE DE POIDS	16
1. Les pratiques amaigrissantes.....	16
2. Conséquences psychologiques et comportementales des pratiques amaigrissantes	20
III. LES CROYANCES COMPENSATOIRES	23
1. Définition et modèle	23
2. Etudes empiriques sur le sujet.....	25
3. Facteurs susceptibles d'influencer le recours aux croyances compensatoires	26
2.1. Le sentiment d'efficacité personnel	27
2.2. Stigmatisation de l'obésité	28
2.3. L'estime de soi	29
2.4. Image corporelle.....	30
2.5. Le lieu de contrôle.....	31
2.6. Connaissance en nutrition	32
 PARTIE EMPIRIQUE	33
I. MATERIAUX ET METHODE	33
1. Objectifs de l'étude	33
2. Quel type de recherche ?.....	33

3.	Déroulement de l'étude	33
3.1.	Taille de l'échantillon.....	33
3.2.	Recrutement des diététicien(ne)s.....	34
3.3.	Recrutement des patients.....	34
3.4.	Considérations éthiques.....	35
3.5.	Le prétest	35
3.6.	Collecte des données	36
3.7.	Le biais de sélection	37
3.8.	Traitement statistique des données.....	37
3.9.	Feedback personnalisé.....	37
5.	Questionnaires employés	38
5.1.	Quelques considérations pratiques	38
5.2.	Croyances compensatoires	38
5.3.	Estime de soi	39
5.4.	Image corporelle.....	39
5.5.	Lieu de contrôle.....	39
5.6.	Sentiment d'auto-efficacité/ efficacité personnel.....	40
5.7.	Perception de l'obésité	40
5.8.	Connaissance sur l'alimentation.....	41
II.	RESULTATS	42
1.	Flow chart	42
2.	Description de l'échantillon	44
3.	Test de la normalité.....	45
3.1.	Questionnaire 1 : Les croyances compensatoires.....	46
3.2.	Age	47
3.3.	IMC	48
3.4.	Questionnaire 2 : l'image corporelle.....	49
3.5.	Questionnaire 3 : l'estime de soi	50
3.6.	Questionnaire 4 : le lieu de contrôle.....	51
3.7.	Questionnaire 5 : la stigmatisation	52
3.8.	Questionnaire 6 : le sentiment d'efficacité personnel	53
3.9.	Questionnaire 7 : connaissance en nutrition.....	54
4.	Calcul du Cronbach alpha.....	55

5.	Test de corrélation de Spearman	56
6.	Analyses bivariées	57
7.	Réponse à la question de recherche	60
8.	Analyse multivariée	60
9.	Analyse factorielle	61
III.	DISCUSSION ET LIMITES	63
1.	Discussion des principaux résultats et mise en perspective avec la littérature	63
1.1.	Variables statistiquement significatives	63
1.2.	Variables statistiquement non significatives	65
1.3.	Autres résultats	68
1.4.	Réflexion éthique	70
2.	Limites et points forts de l'étude	71
2.1.	Limites et points forts de l'échantillon.....	71
2.2.	Limites et points forts du questionnaire	72
2.3.	Limites et points forts des conditions expérimentales	73
3.	Apports pour la pratique et recherches futures	74
IV.	CONCLUSION	78
V.	Références bibliographiques	79
VI.	ANNEXE 1 : AVIS FAVORABLE DU COMITE ETHIQUE.....	90
VII.	ANNEXE 2 : INFORMATION AU PATIENT.....	91
VIII.	ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE.....	94
IX.	ANNEXE 4 : DOSSIER DE QUESTIONNAIRES FINALES.....	95
X.	ANNEXE 5 : LIEN INTERNET VERS LA VIDEO.....	115

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANSES : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

BMI : Body Mass Index

EFAD : European Federation of the Associations of Dietitians

HAS : Haute Autorité de Santé

HISIA : Belgian Health Interview Survey – Interactive Analysis

IMC : Indice de Masse Corporelle

ISP : Institut Scientifique de Santé Publique

LOC : Locus of Control

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SEP : Sentiment d'efficacité personnel

SEPOB : Questionnaire émotionnel, cognitif et comportemental du sentiment d'efficacité personnel spécifique à l'obésité

UE : Union Européenne

UPDLF : Union Professionnelle des Diplômés en Diététique de Langue Française

LISTES DES TABLEAUX

Tableau n°1. La classification internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'insuffisance pondérale, l'embonpoint et l'obésité chez les adultes selon l'IMC.....	11
Tableau n°2. Nombre estimé de personnes en surpoids ou obèses en Belgique.....	13
Tableau n°3. Pourcentage de la population belge en surpoids ou obèses selon les régions en 2013	13
Tableau n°4. Durée des différentes phases de recrutement.....	42
Tableau n°5. Tableau de fréquences des caractéristiques de l'échantillon (N=54).....	44
Tableau n°6. Statistiques de fiabilité pour l'ensemble des questionnaires (Cronbach alpha) et l'erreur type de mesure.....	55
Tableau n°7. Corrélation non paramétrique de Pearson.....	57
Tableau n°8. Variables susceptibles d'être associées à un usage plus important des croyances compensatoires (analyse bivariée).....	58
Tableau n°9. Association entre les croyances compensatoires (tertile supérieur) et d'autres variables (régression logistique).....	60
Tableau n°10. Matrice des composantes du questionnaire des croyances compensatoires.....	62

LISTES DES FIGURES

Figure n°1. Modèle théorique des croyances compensatoires en santé	24
Figure n°2 : Flow chart.....	43
Figure n°3 : Histogramme et courbe de Gauss pour les croyances compensatoires.....	46
Figure n°4 : QQ-plot pour les croyances compensatoires.....	46
Figure n°5 : Histogramme et courbe de Gauss pour l'âge.....	47
Figure n°6 : QQ-plot pour l'âge.....	47
Figure n°7 : Boxplot pour l'IMC.....	48
Figure n°8 : QQ-plot pour le IMC.....	48
Figure n°9 : Histogramme et courbe de Gauss pour l'image corporelle.....	49
Figure n°10 : QQ-plot pour l'image corporelle.....	49
Figure n°11 : Histogramme et courbe de Gauss pour l'estime de soi.....	50
Figure n°12 : QQ-plot pour l'estime de soi.....	50
Figure n°13 : Boxplot pour le lieu de contrôle.....	51
Figure n°14 : QQ-plot pour le lieu de contrôle.....	51
Figure n°15 : Histogramme et courbe de Gauss pour la stigmatisation.....	52
Figure n°16 : QQ-plot pour la stigmatisation.....	52
Figure n°17 : Boxplot pour le sentiment d'efficacité personnel.....	53
Figure n°18 : QQ-plot pour le sentiment d'efficacité personnel.....	53
Figure n°19 : Boxplot pour les connaissances en nutrition.....	54
Figure n°20 : QQ-plot pour les connaissances en nutrition.....	54
Figure n°21. Tracé d'effondrement du questionnaire sur les croyances compensatoires.....	61

INTRODUCTION

Au vu des chiffres mondiaux, européens et nationaux en constante augmentation et en raison du nombre important de disciplines impliquées dans sa gestion et sa compréhension, le surpoids et l'obésité demeurent à ce jour un problème majeur de santé publique. En effet, une bonne compréhension du phénomène nécessite des connaissances dans les domaines de la génétique, de l'épidémiologie, de la psychologie, de la sociologie et de l'économie entre autres. [15, 16, 17, 18, 20, 71]

De nombreux risques sanitaires, économiques et sociaux liés au surpoids et à l'obésité ont pu être mis en lumière durant les dernières décennies et sont à ce jour non contestables. Un rapport d'expertise collective de l'ANSES sur « Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement », paru en novembre 2010, met l'accent sur les multiples effets néfastes des pratiques amaigrissantes sur la santé tant au niveau biologique, psychologique que comportemental. [20] C'est sur base de ce rapport, que nous nous sommes intéressés aux conséquences cognitivo- comportementales des tentatives de perte de poids répétées chez ce public cible particulièrement exposé à ces pratiques. En effet, les croyances que peuvent avoir les personnes en matière de santé orientent leurs comportements et par voie de conséquence leur santé. Un intérêt tout particulier fut porté à un type de croyances spécifiques. Il s'agit des croyances compensatoires qui sont un concept assez récent créé en 2004 par Knäuper, Rabiau, Cohen, et Patriciu. [50] S'intéresser tout particulièrement aux croyances compensatoires trouve son explication dans notre volonté de faire avancer la recherche et la compréhension de ce phénomène relativement peu connu et encore peu étudié.

Après avoir parcouru la littérature à ce sujet, les deux objectifs principaux de ce mémoire seront premièrement de mesurer dans quelle proportion les croyances compensatoires sont présentes dans un groupe de personnes en surpoids ou obèses en tentative de perte de poids. Deuxièmement, de déterminer si la présence de facteurs spécifiques ont un impact sur le recours plus ou moins important aux croyances compensatoires chez ce même public.

Nous désirions par le biais de ce projet et de ses résultats améliorer la connaissance des facteurs qui directement ou indirectement seraient susceptibles d'entraver la perte de poids mais également de mieux appréhender les facteurs pouvant potentiellement régir les comportements de santé et le recours ou non aux croyances compensatoires. Cette étude se veut d'offrir des implications

pratiques dans le domaine des interventions en santé et plus particulièrement de la prise en charge diététique.

Afin de mener à bien notre réflexion et ce travail, ce mémoire se subdivisera en deux parties distinctes.

Nous commencerons avec une partie théorique se divisant en 3 chapitres. Un premier chapitre général qui dresse brièvement le contexte de l'étude et du sujet. On y introduira les définitions du surpoids et de l'obésité, quelques considérations épidémiologiques et économiques ainsi que des informations relatives au suivi diététique. Le second volet a trait plus spécifiquement aux attitudes que les individus adoptent vis-à-vis de leur poids et plus particulièrement la perte de poids et les conséquences sur la santé. Le dernier chapitre présentera quant à lui le sujet central de ce travail : les croyances compensatoires. Il s'attèlera à présenter une définition de ce concept, à exposer différentes études empiriques trouvées à ce sujet et pour finir à formuler nos hypothèses de recherche relatives à une série de facteurs susceptibles d'influer son recours.

Et nous terminerons avec une partie empirique qui se subdivisera également en 3 parties. Tout d'abord, nous vous parlerons de la méthodologie utilisée tout au long de ce travail. Ensuite, le second chapitre fera un état des lieux des résultats statistiques obtenus suite à la récolte de données. Avant de conclure, nous présenterons une discussion des résultats ainsi que les limites de l'étude. Nous soumettrons également nos idées de retombées pour la pratique, d'applications pour d'éventuelles futures recherches et terminerons ce travail par une conclusion.

PARTIE THEORIQUE

I. LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ

1. Définitions

Le surpoids et l'obésité sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant *"une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé"*. [1, 2]

En pratique clinique, l'outil le plus communément utilisé pour estimer la corpulence est le « Body Mass Index » (BMI) ou en français « l'Indice de Masse Corporelle » (IMC) appelé également Indice de Quételet. C'est une mesure simple du poids par rapport à la taille de l'individu qui s'exprime en kg/m^2 . [1, 4]

Tableau n°1. La classification internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'insuffisance pondérale, l'embonpoint et l'obésité chez les adultes selon l'IMC

Classification	IMC *	Risque de morbidité associée
Insuffisance pondérale	< 18.5	Faible
Poids normal	18.5 – 24.99	Moyen
Surpoids	≥ 25.00	
Pré-obèse	25.00 – 29.99	Accru
Obésité classe I	30.00 – 34.99	Modéré
Obésité classe II	35.00 – 39.99	Important
Obésité classe III	≥ 40.00	Très important

Légende : * IMC = Indice de masse corporelle exprimé en kg/m^2

Cette classification par l'IMC s'avère être pratique et facile d'utilisation car elle convient quel que soit le sexe ou l'âge du sujet. Pour un sujet adulte, le surpoids se définit par un IMC compris entre 25kg/m^2 et 29.99kg/m^2 et l'obésité par un IMC égal ou supérieur à 30kg/m^2 . [4, 5] Ces valeurs de référence se trouvent dans le tableau (ci-dessus) de classification qui reflète l'augmentation du risque pour la santé lié à l'excès de poids. Néanmoins, il existe quelques limites à la définition du surpoids et de l'obésité par l'IMC. Premièrement, il doit être considéré comme une indication approximative de la masse grasseuse d'un individu. En effet, ce rapport ne tient pas compte de la répartition de la masse grasse dans l'organisme. Or, la répartition de cette dernière joue un rôle déterminant dans la survenue accrue de complications métaboliques et endocrines associées à l'obésité comme par exemple l'insulino-résistance, l'hypertension artérielle, l'augmentation des

triglycérides sanguins, ... [7] De plus, l'IMC ne permet pas de distinguer des différences de constitutions corporelles telles qu'une importante masse musculaire (comme chez un sportif ou un bodybuilder) ou une importante masse grasseuse. [1, 6, 11]

2. Epidémiologie et impacts économiques

Les notions évoquées précédemment (surpoids et obésité) requièrent maintenant d'aborder leurs distributions dans le temps et dans l'espace afin de dépeindre la situation actuelle de ce problème de santé publique pour comprendre son ampleur et son évolution.

2.1. Au niveau mondial

Les dernières décennies ont été le témoin, à l'échelle mondiale, d'une augmentation significative de la prévalence du surpoids et de l'obésité avec son lot de conséquences sur la santé. Cette dernière a presque triplé entre 1975 et 2016 au niveau mondial. D'après l'OMS, « 44% du diabète, 23% des cardiopathies ischémiques et 7 à 41% de certains cancers peuvent être imputés au surpoids et à l'obésité ». [15]

Globalement, le surpoids concerne environ 39% de la population mondiale et l'obésité 13% chez les adultes de plus de 18 ans [2]. Les derniers chiffres publiés en 2015 et présentés dans la revue médicale *The New England Journal of Medicine* font état de plus de 603 millions d'adultes obèses dans le monde [8] contre 600 millions en 2014 [2]. Cette évolution concerne aussi bien les pays développés que ceux en voie de développement ; néanmoins une nuance est à apporter. En effet, certains chiffres, notamment en provenance des Etats-Unis et de France, montrent un certain ralentissement de la progression de l'épidémie depuis les années 2000 [9, 10].

2.2. Au niveau européen

Dans l'Union Européenne (UE), près d'1 adulte sur 6 est obèse, ce qui représente en 2014, 15.9% de la population des 18 ans et plus. Le pourcentage de personnes en surpoids dans l'UE est quant à lui estimé à 35,7%. Comme nous pouvons le constater, ces chiffres sont à peu près dans la même tendance que ceux relatifs à la prévalence mondiale. [16]

2.3. Au niveau belge

Sur le plan national, l'enquête de consommation alimentaire menée en 2014 ainsi que les enquêtes de santé menées depuis 1997 par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) nous permettent de dresser un portrait de l'évolution du surpoids et de l'obésité en Belgique.

Des chiffres retrouvés sur HISIA (Belgian Health Interview Survey – Interactive Analysis) soulignent un accroissement constant de l’IMC moyen dans la population belge depuis 1997 (24,7Kg/m²) jusqu’à 2013 (25,4Kg/m²). En 2013, on dénombrait 48,1% de la population en surpoids et 13,7% d’obèses selon les Belges interviewés par l’Institut Scientifique de Santé Publique (ISP). L’année suivante, la valeur moyenne de l’IMC était de 26,3kg/m² chez les adultes de 18 à 64 ans, ce qui corrobore également la propension illustrée ci-dessus. [17]

D’autres chiffres retrouvés sur la World Obesity Federation étayent également cette tendance (à la hausse) en Belgique.

Tableau n°2. Nombre estimé de personnes en surpoids ou obèses en Belgique

	2010 *	2014 *	2025 *
Surpoids	4.71	4.94	5.53
Obésité	1.59	1.75	2.18

Légende : * = chiffres exprimés en millions

Si l’on considère les estimations de « *l’Obesity Atlas for the European Union : 2017* », le nombre de personnes en surpoids ou obèses n’a cessé d’augmenter et continuera d’augmenter selon des prédictions faites pour 2025. [14]

Attardons-nous maintenant sur des disparités pouvant aussi être mises en lumière grâce à cette étude (HISIA- Belgian Health Interview Survey – Interactive Analysis). Premièrement, évoquons l’hétérogénéité entre les régions de Belgique.

Tableau n°3. Pourcentage de la population belge en surpoids ou obèses selon les régions en 2013

	Région Flamande	Région Wallonne	Région de Bruxelles capitale
Surpoids	47.4*	50.2*	43.9*
Obésité	12.6*	16.1*	12.9*

Légende : * = chiffres exprimés en pourcentage

La région Wallonne possède un plus grand pourcentage de personnes en surcharge pondérale comparativement à la Flandre ou Bruxelles capitale. [17]

Deuxièmement, une différence de prévalence du surpoids peut être observée entre les hommes et les femmes, avec un taux de 54.9% pour les hommes contre 41.7% pour les femmes. Concernant l’obésité, les pourcentages sont très proches, 13.9% pour les femmes contre 13.6% pour les hommes.

Troisièmement, lorsque l'on considère le niveau d'éducation, si celui-ci augmente, la propension de personnes en surpoids ou obèses diminuera et ce peu importe la région ciblée. [17]

Au regard des chiffres présentés ci-dessus, il est pertinent de nous pencher à présent sur les conséquences économiques de cette épidémie mondiale.

Au vu du nombre de plus en plus important d'individus en surpoids ou obèses et des impacts négatifs (par exemple qualité de vie, mortalité, comorbidité, ...) [3] qu'ils ont sur la santé, une plus grande part des dépenses de santé leur sont donc consacrées. En effet, selon un article paru en 2013 sur les coûts liés au surpoids et l'obésité, ces derniers augmenteraient avec l'accroissement de l'IMC. Withrow et Alter corroborent ces propos en affirmant que les personnes obèses ont approximativement 30% de frais médicaux en plus que celles ayant un poids normal. D'après des études menées en Europe, ces coûts directs différeraient selon des caractéristiques telles que l'état de santé, le statut socio-économique et la démographie. La National Health Expenditures Accounts ainsi que les données mondiales du Panel de Dépenses Médicales Survery (MEPS) révèlent que les coûts liés à l'obésité aux Etats-Unis ont quasiment doublé entre 1998 et 2008, passant de 78,5 milliards à 147 milliards dollars US. D'autres chiffres en provenance du Canada et extrait de la Base de données sur les dépenses nationales de santé (the National Health Expenditure Database) ont également montré que les coûts directs attribuables au surpoids et à l'obésité ont augmenté. Ils s'élevaient à 1,8 milliard de dollars canadiens de 1997 et à 6 milliards de dollars canadiens en 2006, ce qui représente une évolution de 2,4% à 4,1% du total des dépenses de santé au Canada pour cette période-là. [68] Au niveau mondial, en 2014, l'obésité a eu un impact économique global évalué à 2000 milliards de dollars US, soit 2.8% du produit intérieur brut mondial. [63] Plusieurs études ne portant pas sur les Etats-Unis ont rapporté des chiffres plus faibles, avec des coûts représentant entre 2% et 5% des dépenses nationales total de santé. Concernant les pays européens, deux revues systématiques de la littérature relative au fardeau économique et les coûts du surpoids et l'obésité rapportent qu'entre 1,9% et 4,7% du total des coûts annuels de soins de santé et 2,8% du total des coûts hospitaliers annuels leur étaient imputables. [62]

En considérant ces chiffres, il paraît important maintenant de nous attarder sur les efforts déployés par la société pour lutter contre cette épidémie. Pour ce faire, nous allons nous intéresser à la façon dont prendre en charge les personnes souffrant de surpoids ou d'obésité.

3. Prise en charge diététique du surpoids et de l'obésité

Des différents constats cités ci-dessus découlent maintenant la nécessité d'évoquer la prise en charge du surpoids et de l'obésité ainsi que les résultats trouvés dans la littérature à ce sujet.

De nombreux écrits (études contrôlées et randomisées, rapports, recommandations) évoquent l'intérêt d'une prise en charge et des conseils diététiques associés aux traitements de diverses pathologies. Toutefois, il est important de mentionner qu'il reste assez difficile, dans ces études, d'isoler l'impact et l'action du diététicien dans une prise en charge multidisciplinaire. [22, 24, 25, 26, 28] Seule une revue de la littérature (12 études randomisées contrôlées) comparant la baisse de l'hypercholestérolémie chez deux groupes de patients recevant d'une part des conseils d'un médecin et d'autre part des conseils d'un diététicien, a pu mettre en lumière une réduction significativement plus importante de l'hypercholestérolémie chez les participants ayant reçu les conseils diététiques. [21, 28]

Ainsi donc, la littérature reste peu fournie sur ce sujet et peu de résultats significatifs ont été observés à court, moyen et long terme. Selon une revue systématique de la littérature étudiant l'efficacité à long terme d'un traitement diététique de l'obésité, la littérature actuelle concernant nos connaissances en matière d'effets à long terme du traitement diététique de l'obésité est trop faible. Ce qui est également observé comme tendance dans cette parution, c'est que « *les informations actuelles indiquent un taux de succès global de 15%* ». [27] Un autre article écrit par C. Larocque, R. Savard et C. Lecomte publié en 2012, renforce ces observations en informant que « l'abandon des traitements de l'obésité demeure l'un des principaux obstacles à surmonter » avec une proportion élevée d'abandon (entre 51 % et 77,3 %) des traitements de l'obésité après un an de suivi. [32] Si l'on considère une autre revue systématique effectuée par The Cochrane Collaboration en 2002 afin d'évaluer les conseils diététiques portant sur deux régimes ayant pour but la perte de poids chez les personnes en surpoids ou obèses, les résultats révèlent que la durée trop faible du suivi ainsi que le grand nombre de patients perdus de vue (40%) ne permettent pas de conclure à un éventuel effet des conseils diététiques. [23] Des éléments de connaissances dans ce domaine font encore défaut (mécanismes, causes, interactions, ...) et conduisent donc à penser que des études restent encore à mener. [35] Néanmoins, malgré le faible nombre de preuves scientifiques quant à l'efficacité d'une prise en charge diététique à l'intention des personnes en surpoids ou obèses, il est actuellement reconnu que ces personnes requièrent la mise en place d'une approche multidisciplinaire comprenant le médecin de famille, le diététicien, les paramédicaux, le

psychologue, l'endocrinologue, ... en vue d'optimiser la prise en charge et les bénéfices espérés. [5, 29] Afin d'adapter au mieux leur suivi, ce dernier sera également fonction du degré d'obésité, de l'âge, de la présence de comorbidités, de l'histoire pondérale du patient, des facteurs génétiques, hormonaux et pharmaco-thérapeutiques. [30]

Epinglons alors le fait suivant : en 2013, seulement 3,3% de la population belge interrogée par l'ISP avait consulté un diététicien durant les 12 derniers mois. [17]

Au regard des constats épidémiologiques, économiques, du caractère multifactoriel du surpoids et de l'obésité rendant sa prise en charge et son suivi compliqués, il paraît pertinent de nous intéresser maintenant aux attitudes vis-à-vis du poids et plus précisément à la perte de poids. [1]

II. LES TENTATIVES DE PERTE DE POIDS

Aujourd'hui, les diktats de la société concernant l'apparence prônent la minceur. Etre mince consiste en une norme, un modèle de beauté le plus souvent véhiculé par les médias et la mode. Il semble donc difficile d'aimer et d'accepter nos quelques kilos en trop. Pour y faire face, des millions de gens tentent chaque année de perdre du poids avec pour objectif de maigrir le plus rapidement possible, le plus souvent sans conseils ni suivi. Face à cette demande, le marché des régimes continue donc de s'accroître avec l'arrivée constante de nouveaux régimes concurrençant les célèbres Dukan, Atkins, Weight Watchers, chrono-nutrition, détox, soupe-au-chou, ...

C'est à cette chasse aux kilos que nous allons nous intéresser maintenant. Celle-ci est susceptible d'inciter les personnes à utiliser des méthodes inadaptées pour maigrir, les menant, contrairement à l'objectif attendu, à une prise de poids, à l'émergence (possible) de troubles du comportement alimentaire et à de diverses conséquences.

1. Les pratiques amaigrissantes

Dans cette partie, nous allons nous étendre sur les principales méthodes utilisées pour perdre ou stabiliser son poids et leurs caractéristiques. Il en existe diverses de nos jours pouvant changer en fonction de la mode et de la saison.

Les plus usuelles sont celles liées à l'alimentation et plus particulièrement la modification qualitative et quantitative des apports alimentaires (consommer moins de calories, manger plus de fruits et de légumes, manger plus ou moins d'aliments sucrés/salés/gras, ...). Ces modifications peuvent également porter sur la suppression d'une ou plusieurs catégories d'aliments ou au contraire la consommation d'une seule d'entre-elles. [13, 20]

L'étude menée par l'ANSES nous montre quelques spécificités et les récurrences des pratiques amaigrissantes. La grande majorité de celles-ci recommandent la même chose qu'on soit un homme ou une femme et sont peu flexibles, non personnalisées, restrictives et contraignantes. [20]

Les résultats présentés comparent les apports en macronutriments des différents régimes avec ceux des apports nutritionnels conseillés. Les chiffres nous disent ceci [34] :

- Concernant les protéines, dans plus de 80% des régimes, les apports étaient supérieurs à ceux recommandés.
- A propos des lipides, la moitié des régimes présentaient des apports lipidiques supérieurs à ceux recommandés et 40% des apports inférieurs. Les aliments riches en lipides sont des denrées avec une palatabilité élevée, un coût faible, une densité calorique importante et sont donc fortement impliqués dans la prise de poids. [35]
- Au sujet des glucides, la grande majorité des régimes arboraient des apports insuffisants par rapport aux recommandations. Les aliments riches en glucides contiennent par essence du sucre qui contribue aux qualités hédoniques des aliments et ce principalement quand ils sont associés à la graisse et favorisent donc une surconsommation passive. [35]
- En regardant les fibres, dans 74% des cas, les régimes n'en contenaient pas suffisamment (parfois 10 fois moins), étant ainsi en dessous des apports conseillés. Seul 26% respectaient les recommandations.
- Pour finir, concernant les micronutriments, à la vue des restrictions et déséquilibres nutritionnels exposés ci-dessus, la majorité des régimes ne parviennent pas à couvrir les besoins.

Tout ceci peut avoir un impact sur le capital osseux, les reins, les problèmes cardiovasculaires, le système endocrinien, le comportement et le mental. [34, 20]

Une deuxième façon d'essayer de réguler son poids ou d'en perdre, consiste à reprendre ou à augmenter son activité physique. Lorsque cette activité est associée à un régime, elle est non sans

risque. En effet, elle peut être associée à des malaises vagues, des hypoglycémies, des migraines ou encore des céphalées. [20]

Une autre technique consiste en l'utilisation de produits amaigrissants ou dits « de régime » (poudre hyper-protéinée, produits allégés, ...) dans l'objectif de perdre du poids ou de maintenir un poids stable. Le pourcentage de personnes ayant recours à cette technique a augmenté entre 2004 et 2014, passant de 1.1% à 4.5% mais reste néanmoins très faible. Cette pratique est plus communément utilisée par les femmes (5.7%) que par les hommes (2.7%). [20]

D'autres méthodes sont considérées comme néfastes pour la santé : se faire vomir, utiliser des laxatifs, sauter des repas, jeûner ou fumer plus. Le recours à ce type de méthode représente 29.6% de la population en Belgique en 2014. [20]

Indépendamment de ces diverses méthodes et des résultats rapides de perte de poids qu'ils engendrent, selon divers articles et revues systématiques de la littérature, ces pratiques amaigrissantes ne tiennent pas leurs promesses sur le long terme. De nombreuses études épidémiologiques ont pu montrer que 95% des sujets reprennent leur poids initial, voire même le plus souvent des kilos supplémentaires et que le maintien d'une perte de poids de plus de 10% ne se maintient qu'environ 1 an. Si l'on considère une étude prospective finlandaise, les régimes fonctionnent toujours au moins la première fois. Le cercle vicieux s'installe lorsque l'/les échec(s) conduit à une reprise de poids qui poussent ensuite les individus à de nouvelles tentatives de régime dont l'issue n'est pas différente des précédentes. [20, 76, 77, 78, 79]

Et chez nous, qu'en est-il concrètement ?

Pour comprendre la situation relative aux attitudes vis-à-vis du poids, en Belgique, nous allons nous appuyer sur l'enquête nationale de consommation alimentaire menée en 2014 par l'ISP.

Selon cette enquête, 28.2% des personnes interrogées affirmaient vouloir maigrir, 44.8% garder un poids stable, 3.2% prendre du poids tandis que 23.8% d'entre elles attestaient ne pas se soucier de leur poids. Deux tendances ressortent néanmoins en 10 ans : le pourcentage des personnes désireuses de maigrir augmente alors que celui des personnes prétendant ne pas se soucier de leur poids diminue. [17]

Après une standardisation par le genre, les altérités observées entre les deux sexes sont significatives. En effet, les résultats présentés par l'ISP en 2015 nous disent ceci : « les femmes souhaitent plus fréquemment maigrir (34,7 %) comparativement aux hommes (21,7 %) ». [17]

En fonction de l'âge, des différences peuvent également apparaître. Le taux de personnes souhaitant maigrir est faible à l'adolescence¹ (14.2%) et tend à augmenter pour arriver au point culminant de 36.5% chez les adultes de 35 à 50 ans, pour diminuer ensuite à 27.5% chez les personnes âgées de 51 à 64 ans. [17]

Aucune disparité significative n'est observée en fonction du niveau d'éducation.

Relevons enfin quelques considérations à propos des personnes en surpoids ou obèses. Elles sont plus nombreuses à désirer maigrir que les personnes ayant un IMC normal. Toutefois, garder un poids stable est le souhait d'un nombre non négligeable de personnes en surpoids (50.2%) ou obèses (27%), de même que ne pas se soucier de son poids (respectivement 14.2% et 9.1%). [17]

Les régimes séduisent car ils sont présentés comme étant une solution « simple » (accessibles à tous) répondant à un problème complexe. Ces derniers établissent une relation linéaire, simple et directe entre la corpulence et la quantité de calories consommées. La contestation d'un lien entre les deux est indéniable ; il est simplement plus complexe que ce que les régimes veulent bien faire croire. [20] A court terme, le fait de restreindre ses apports énergétiques permet donc bien de perdre du poids, plus ou moins facilement, plus ou moins rapidement, mais à long terme peut être contreproductif et engendrer des effets « yoyo » du poids, amener à des comportements à risques et avoir des conséquences sur le bien-être physique et mental. [20, 61] C'est pourquoi, il est désormais nécessaire de s'intéresser aux conséquences psychologiques et comportementales de telles pratiques.

¹ Dans l'étude ils sont âgés de 10 à 13 ans

2. Conséquences psychologiques et comportementales des pratiques amaigrissantes

Comme vu précédemment, le surpoids et l'obésité occasionnent à la société un coût élevé et incitent les individus à adopter certaines attitudes vis-à-vis du poids (parfois à risques) qui peuvent avoir des conséquences. [12] Il nous paraissait pertinent de nous y attarder. Les effets délétères des pratiques amaigrissantes peuvent être observés à plusieurs niveaux. Ils découlent le plus souvent des échecs à répétitions des régimes, des désillusions qu'ils occasionnent ainsi que la perturbation fréquente des signaux physiologiques de faim et de satiété. C'est pourquoi nous allons nous intéresser, dans le prochain point, aux pratiques amaigrissantes et leurs conséquences psychologiques et comportementales.

Un rapport d'expertise collective de l'ANSES sur « l'évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement », paru en novembre 2010, souligne que les conséquences préjudiciables sur le comportement et le psychisme des pratiques amaigrissantes ne sont que peu documentées dans la littérature internationale. [20] En effet, de nombreuses études s'intéressent d'avantage aux bénéfices des pratiques amaigrissantes qu'aux risques générés par ces dernières. [20] Toutefois, voici une brève présentation de ce que nous avons pu trouver dans la littérature à ce sujet.

Avoir la motivation, la force et la volonté de contrôler son poids en entreprenant un régime sont autant de choses positives qui influent sur l'humeur, l'estime et la confiance en soi. Néanmoins, les effets positifs du début s'estompent et s'inversent à moyen et long terme. [20] En effet, d'après la littérature, après un an, environ 80% des personnes ayant entrepris un régime reprennent du poids et ce chiffre augmente à long terme. [34] A long terme, les échecs successifs peuvent avoir un impact sur l'individu. Ainsi, la conséquence psychologique la plus fréquemment étudiée de la perte de poids induite par un contrôle de son alimentation est déjà, à l'époque, la dépression comme le mentionne une étude réalisée par Terence Wilson en 1993 sur la relation entre les régimes, la perte de poids volontaire, le fonctionnement psychologique et le Binge eating (= frénésie alimentaire). [40] Cependant, la littérature à ce sujet est assez contradictoire. Il est important d'avoir à l'esprit que l'appréciation de notre humeur peut ainsi varier selon des paramètres méthodologiques différents tels que : la méthode d'évaluation utilisée, la présence ou non d'un état dépressif avant l'entreprise du régime, son intensité, sa relation ou non avec le poids, le temps écoulé entre le régime et l'évaluation. [20]

Un deuxième point soulevé par l'ANSES et divulgué (initialement) par une étude portant sur les conséquences psychologiques des trajectoires de changement de poids est que les personnes dont le poids fluctue au cours du temps (effet yoyo) doivent, entre autres, faire face à des défis d'ordre émotionnel. Ces variations pondérales entraînent une remise en question de leur « identité ». En effet, il a pu être mis en évidence par plusieurs études que les personnes obèses présentaient un bilan psychologique globalement plus négatif que les personnes de poids normal, notamment sur deux critères : l'acceptation de soi et l'autosatisfaction. [39] Une étude qualitative nuance néanmoins ces propos. Comme ont pu le révéler les entretiens, l'existence d'une obésité à l'adolescence influence la capacité d'acceptation de soi. Lors des entrevues menées, il est ressorti que les personnes obèses ou en surpoids au moment de l'étude, mais minces à l'adolescence, avaient plus de difficulté à s'accepter (= autosatisfaction) et trouvaient leur apparence physique discordante avec la personne mince qu'elles pensaient être contrairement aux personnes présentant un surpoids ou une obésité depuis l'adolescence. [39]

Les résultats d'une autre étude menée par Bacon et al. en 2005 comparant l'évolution sur deux ans de facteurs psychologiques pour deux groupes de femmes obèses au régime a également pu mettre à jour des effets négatifs des régimes sur le long terme. Le premier groupe est focalisé sur la perte de poids tandis que le second est axé sur l'amélioration des conditions de santé sans recherche de perte de poids. A long terme (2 ans), une forme de désillusion s'installe dans le premier groupe dont l'objectif était la perte de poids. En effet, la réalité n'est souvent pas conforme à ce que les personnes avaient imaginé ou espéré. L'estime de soi diminue donc fortement pour atteindre un score plus bas qu'au début de l'étude. [20]

Selon une autre étude analysant les conséquences psychologiques des personnes en restriction alimentaire, celles-ci présentent un niveau de bien-être moindre, un sentiment d'efficacité personnel plus faible et un niveau de stress plus élevé, en comparaison à des personnes dont le poids ne fluctue pas de façon aussi importante au cours du temps. [41]

Au niveau comportemental, la conséquence la plus connue sur les habitudes alimentaires est la restriction cognitive. [20] Selon une étude publiée en 1999 par Patton et al., elle serait un facteur de risque des troubles du comportement alimentaire. Cette notion fut découverte pour la première fois en 1975 par Herman Peter puis décrite en 1980 par Herman et Polivy. Elle désigne « *l'attitude des sujets qui limitent délibérément leur consommation alimentaire dans le but de perdre du poids* ».

ou pour éviter d'en prendre ». [20, 36] La prise alimentaire n'est, par conséquence, plus régulée par les sensations de faim, de satiété, de rassasiement et de plaisir mais par une décision de l'individu, sur base des informations cognitives qu'il a des aliments et de ce qui est « bon » ou « souhaitable » de faire. [20]

Cette dernière était d'abord associée à l'obésité et décrite comme un facteur prédisposant à son développement. Par la suite, ce comportement a été également observé chez des personnes suivant ou ayant suivi des régimes et ce peu importe leur poids. Il n'est donc pas spécifiquement lié à l'obésité. Aujourd'hui, il est établi qu'il est une conséquence des régimes et que contrairement à l'effet escompté, il entraîne une augmentation de la consommation alimentaire. [20, 34, 36]

Même si dans un premier temps, la volonté de s'y mettre sérieusement ajoutée au respect plus ou moins strict des règles des régimes portent ses fruits avec une perte effective de poids, assez rapidement une reprise de poids s'opère. En effet, le degré de contrôle que l'individu exerce sur sa prise alimentaire peut se trouver altéré par de multiples facteurs tels que le stress, l'envie, la frustration, ... et ainsi voir apparaître des phases successives de contrôle et de désinhibition qui peuvent causer des fluctuations, parfois importantes, du poids. L'effet « yoyo » se traduit par une succession de pertes et de reprises de poids pouvant être dangereuses pour la santé et avoir des conséquences comportementales et psychologiques. A chaque nouveau régime s'ajoute un sentiment d'échec lié à la précédente tentative de perte de poids ratée. D'autres retombées négatives ont pu être établies chez les personnes dont le poids fluctuait (effet yoyo) au fil du temps comme un bien être général plus faible, un sentiment d'efficacité moindre et un niveau de stress plus important que les personnes ne présentant pas de fluctuation de leur poids. [37]

Selon Janet Polivy et C. Peter Herman, « le fait d'être régulièrement au régime peut refléter toute une gamme d'attitudes et de comportements reliés à des traits de personnalité qui influencent fortement l'alimentation. » [66] Les aspects psychologiques et comportementaux ont donc été traités conjointement dans ce paragraphe car ils correspondent à une série de phénomènes étroitement liés et interagissant ensemble.

III. LES CROYANCES COMPENSATOIRES

Il semble que le comportement des individus en matière de santé soit influencé par leurs croyances, leurs idées et leurs convictions à ce sujet. Ces dernières peuvent avoir trait à différents domaines de la vie mais aussi à divers aspects de santé comme le tabagisme, l'alcool, le stress, l'activité physique, le repos ou encore l'alimentation. Malgré l'absence de consensus sur la définition du mot « croyance », un sens communément admis et retrouvé dans la littérature est le suivant : « *une croyance est une pensée, une idée qui a été confirmée par une autorité, un expert, ou l'expérience personnelle. Les croyances sont un ensemble de certitudes sur soi, sur les autres, sur le monde environnant. Elles reflètent le système de pensée d'une personne.* » [80] Il est pertinent de nous y intéresser car elles font parties de notre quotidien et peuvent influencer le comportement. Certaines de ces croyances peuvent être de nature compensatoire, ce qui constituera le sujet abordé dans ce chapitre.

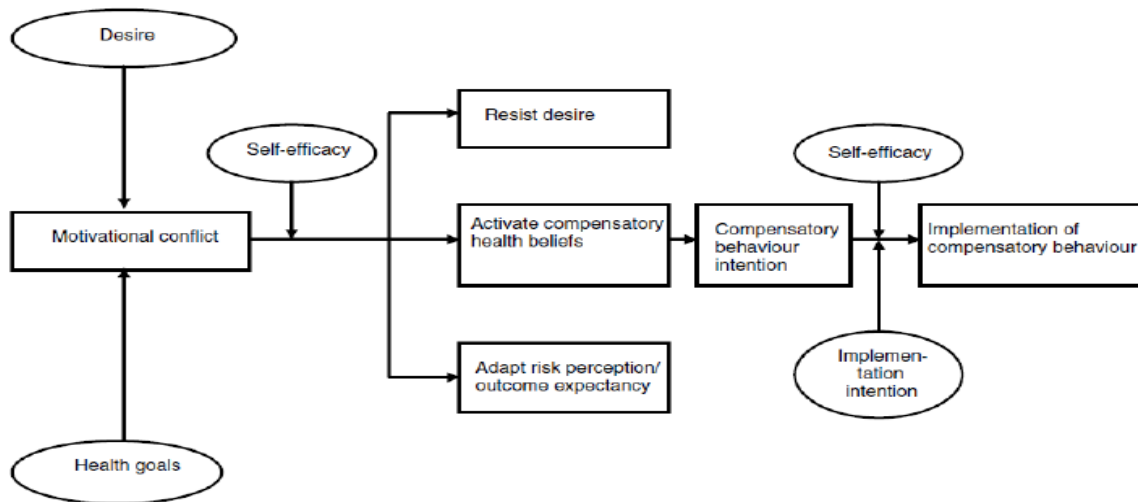
1. Définition et modèle

Les croyances compensatoires consistent en un concept relativement récent en psychologie de la santé. Elles sont définies de nos jours comme étant « *des croyances que les effets négatifs d'un comportement peuvent être compensés, ou « neutralisés »*, par les effets positifs d'une autre comportement ».

Selon un article publié par Coutinho Silvia Ribeiro et al en 2017 étudiant les mécanismes compensatoires lors d'un essai contrôlé randomisé, les mécanismes compensatoires seraient activés suite à une (ou plusieurs) tentative(s) de perte de poids. [74] En effet, ce concept a été développé sur base du postulat qu'il était ardu pour les individus de satisfaire deux objectifs à priori divergents : succomber à leurs envies alimentaires et l'atteinte de leurs objectifs de santé à plus ou moins long terme (comme par exemple la perte ou le maintien du poids). Knäuper, Rabiau, Cohen, et Patriciu, en 2004, ont proposé l'activation et l'utilisation de croyances compensatoires comme solution pour atteindre cet équilibre optimal entre les deux objectifs. Ces personnes utiliseraient donc ces croyances afin de réguler leurs comportements alimentaires en vue de maximiser le plaisir et minimiser l'impact négatif sur leur santé. [42, 50, 87] Il semble donc que les croyances compensatoires soient une des conséquences cognitivo- comportementales possibles des pratiques amaigrissantes.

Il existe à ce jour de nombreux modèles de croyances sur la santé (théorie de l'attribution, locus de contrôle en santé, optimisme réalisme) et de comportements de santé (le *Health Belief Model*, la théorie de l'autodétermination, la théorie de l'action raisonnée et du comportement planifié, ...) dont s'inspire en partie le modèle des croyances compensatoires de santé présenté ci-dessous (Knaüper, Rabiau, & Miquelon, 2006). Néanmoins, ce dernier y ajoute l'interaction d'une composante affective (le désir) et d'une composante motivationnelle (objectifs de santé). [81, 86]

Figure n°1. Modèle théorique des croyances compensatoires en santé



Ce modèle permet de mettre en lumière les mécanismes d'activation et de développement des croyances compensatoires et de mieux comprendre comment les individus en font usage pour contrôler et résister à leurs désirs (manger quelque chose) au regard de leurs objectifs de santé (perdre du poids). Le mécanisme débute au moment où ces deux composantes entrent en opposition. Nous pouvons observer qu'une fois la dissonance cognitive présente, il y a 3 façons d'y faire face. Premièrement, résister au désir. Elle sera préférée lorsque le désir n'est pas important, que les objectifs proviennent d'une motivation autodéterminée et que le sentiment d'auto-efficacité est élevé. La deuxième solution est d'adapter la perception du risque. Elle consiste en une modification/ un changement de croyances qu'un comportement peut avoir sur la santé. Pour finir, la troisième solution (celle qui nous préoccupe) réside dans la création et l'activation de croyances compensatoires. Il semble que ce dénouement soit le chemin le plus aisé à suivre par les individus puisqu'il consiste en une sorte de compromis entre les deux composantes en opposition. En effet, plutôt que de résister à son envie/son désir (manger un gâteau par exemple) ou de modifier

ses croyances concernant les conséquences du comportement (ingestion de calories), l'individu justifie son comportement en planifiant de le compenser ultérieurement. [81, 86]

2. Etudes empiriques sur le sujet

Pour le moment, il existe peu de recherches sur les croyances compensatoires de santé. Néanmoins, nous allons passer en revue, dans ce chapitre et de façon non exhaustive, les études existantes et réalisées à ce sujet depuis une dizaine d'années. Il s'agit de mettre en lumière les constats et résultats de celles-ci.

Une recherche menée en 2010 auprès de personnes au régime par Kronick et Knaüper, a tenté d'illustrer si ces dernières recouraient aux croyances compensatoires avant de se laisser aller. En effet, les individus avaient le choix entre un cookie calorique plutôt attrayant ou un cookie moins calorique et moins attrayant. Au terme de l'étude, les auteurs ont pu démontrer une corrélation positive entre le fait de choisir le cookie calorique et la création de croyances compensatoires. [82] Il semble donc que la création et le recours aux croyances compensatoires soient une stratégie pour faire face à la tentation. [82] Les individus les mettent en œuvre pour ressentir moins de culpabilité. [81, 86]

Dans le même sens, un article de Miquelon, Knäuper et Vallerand (2012) fournit des preuves qui démontrent que les croyances compensatoires seraient associées à un apport calorique supérieur contrairement à l'objectif escompté par les individus y ayant recours. Cette étude avait pour objectif d'évaluer la motivation et les conséquences des croyances compensatoires dans un régime de perte de poids. [42] Cet aspect fut également mis en évidence dans une recherche menée par Kronick et al. en 2011. Dans une population de personnes au régime, il a pu être constaté que le recours aux croyances compensatoires occasionnait un plus grand nombre de portions mangées ou de calories ingérées. [43] Le recours aux croyances compensatoires perturbe donc l'adhérence des individus aux régimes et diminue les chances de perdre du poids. [42] Ce résultat est également corroboré par l'étude menée par Kronick et al. [43] En effet, il a été démontré que les intentions de comportements compensatoires sont souvent peu mises en application, ce qui explique partiellement la faible perte de poids voire l'ingestion de calories supplémentaires. Ces dernières (les intentions compensatoires) ne sont souvent pas réalisées du fait des obstacles (motivation, temps, ...) qui entravent l'expression de l'intention en action. [42]

Une autre étude conduite par Knäuper et al. en 2004 pointe le fait que les croyances compensatoires sont négativement corrélées au sentiment d'auto-efficacité (self-efficacy) pour la nutrition. [43] D'autres auteurs (Rabiau 2006 et Radtke T. 2014) soutiennent ces propos et affirment que l'auto-efficacité est considérée comme un facteur pouvant influencer le recours aux croyances compensatoires. [75, 81, 86] D'après les résultats d'une étude portant sur un échantillon de personnes atteintes d'une maladie cardiaque coronarienne, 55% de la variance du comportement alimentaire étaient expliqués par les croyances compensatoires et l'auto-efficacité. [83] Knäuper et al. mentionnent également que les croyances compensatoires sont positivement corrélées avec la probabilité d'entreprendre plus aisément des comportements à risque pour la santé et à l'indice de masse corporelle. [43]

Néanmoins, d'autres auteurs ont obtenu des résultats contradictoires, notamment, Thongworn S. et Sirisuk V. dont l'étude menée en 2017 démontre que l'auto-efficacité n'a eu aucune influence sur l'activation des croyances compensatoires de santé. [84]

Pour finir, selon les résultats de l'étude publiée, en 2014, par Radtke T. et al., des recherches devraient encore être menées particulièrement pour mieux appréhender les modérateurs de la relation entre les croyances compensatoires alimentaires et l'intention de suivre un régime pour perdre du poids. [75] Ceci explique donc le choix de nous focaliser sur les facteurs susceptibles d'influencer l'usage de croyances compensatoires.

3. Facteurs susceptibles d'influencer le recours aux croyances compensatoires

Au vu du caractère multifactoriel du surpoids et de l'obésité et notre souhait de mettre en lumière des facteurs susceptibles d'influencer le recours plus ou moins important aux croyances compensatoires, nous avons pris le parti de débiter notre réflexion à partir de la figure n°1. Ensuite nous avons également effectué une brève revue de la littérature afin d'arrêter notre choix sur certaines variables. Bien que n'étant pas toutes toujours formellement en relation directe et/ou causale avec les croyances compensatoires ou le surpoids et l'obésité, les variables présentées ci-dessous ont été analysées dans diverses études ayant trait aux personnes en surpoids ou obèses en tentative de perte de poids, ce qui est le contexte même de ce mémoire.

2.1. Le sentiment d'efficacité personnel

Tout d'abord, commençons par le sentiment d'efficacité personnel (self-efficacy) qui se trouve sur le modèle théorique des croyances compensatoires en santé (cf. Figure n°1). Ce dernier est défini par Albert Bandura comme « *les croyances des gens dans leurs capacités à agir de façon à maîtriser les événements qui affectent leur existence* ». [47]

On peut observer que le sentiment d'efficacité personnel (SEP) est un élément du modèle nécessaire à l'activation de croyances compensatoires mais aussi un élément nécessaire à l'application effective du comportement compensatoire. [86] Lorsque le conflit motivationnel débute, le sentiment d'efficacité personnel a une influence sur la capacité de la personne à résister à la tentation ou bien à se laisser tenter à une stratégie cognitive et par la suite à une stratégie comportementale compensatoire.

Ce concept a un impact sur les objectifs qu'un individu peut se fixer pour lui-même et peut ainsi donc orienter les comportements et les réactions émotionnelles. [53, 86] Des auteurs comme Rabiau et Radtke affirment que l'auto-efficacité est un facteur pouvant influencer le recours aux croyances compensatoires. [75, 81, 86]

Un score élevé au test du SEPOB favoriserait notre capacité à surmonter des difficultés (comme un conflit motivationnel) et à poursuivre une action qui nous semble complexe (comme par exemple perdre du poids) et ce quel que soit l'âge. Ainsi donc une réussite concourrait à accroître la croyance des gens en leurs propres compétences. En revanche, des résultats négatifs (échecs et/ou abandons répétés de régimes) occasionneraient une baisse de la confiance en ses propres capacités. C'est donc un cercle vicieux. [52] Il affecterait la mise en œuvre, à long terme, de comportements adéquats ainsi que la quantité d'efforts nécessaires à leur réalisation. [53]

De plus, des liens particuliers ont pu être mis en lumière, dans diverses études, entre le SEP et l'obésité. L'obésité serait associée à un niveau faible de sentiment d'efficacité personnel [47].

Hypothèse n°1 :

Nous pouvons donc énoncer l'hypothèse suivante selon laquelle un niveau faible de sentiment d'efficacité personnel influencerait un recours plus important aux croyances compensatoires.

2.2. Stigmatisation de l'obésité

Un fait sociétal constaté et considéré comme important est la stigmatisation des personnes en surpoids et obèses. Par définition « *être stigmatisé, c'est posséder une identité dévalorisée, jugée inférieure par les autres.* » [44] La stigmatisation, les préjugés et les attitudes critiques à l'égard des personnes en surpoids ou obèses sont monnaie courante dans la population générale. [49, 55] Ces stigmates omniprésents dans notre société peuvent causer chez les personnes visées une autodépréciation d'elles-mêmes, une auto-stigmatisation. [39] En effet, ces personnes peuvent intérioriser ces messages/préjugés sociétaux négatifs. [49]

Une étude portée sur l'exposition aux messages anti-obésité nous apporte un nouvel éclairage sur les conséquences des messages véhiculés dans les médias. Les résultats de l'étude divulguent que l'exposition aux messages anti-obésité conduisent à une diminution de l'estime de soi, une insatisfaction corporelle plus élevée et à une consommation accrue d'aliments et que ces effets étaient plus prononcés chez ceux (individus en surpoids ou obèses) qui subissent déjà une forte pression socio-culturelle pour être mince. Parallèlement à cela, cette stigmatisation peut également conduire ces personnes à réguler leurs comportements alimentaires en réduisant leur consommation de nourriture. Mais paradoxalement, cette dernière engendre aussi plus de difficultés pour les individus à réguler leurs comportements. En effet, les messages de stigmatisation peuvent augmenter le niveau de détresse et la vulnérabilité des individus. [73]

Ces personnes auraient un sentiment d'efficacité personnel et une estime de soi moindre et seraient donc plus enclines à penser que leurs efforts pour perdre du poids échoueront et donc à abandonner. [74]

Les choix en matière d'alimentation et de pratiques amaigrissantes étant directement en lien avec la stigmatisation nous pousse à nous interroger sur l'influence que pourrait avoir cette dernière sur le choix d'avoir recours aux croyances compensatoires face au conflit motivationnel occasionné par la dissonance entre le désir et les objectifs de santé.

Hypothèse n°2 :

Nous pouvons donc formuler l'hypothèse suivante selon laquelle la stigmatisation pourrait influencer le recours aux croyances compensatoires.

2.3.L'estime de soi

Ce concept soulevé antérieurement nous amène donc à le définir. L'estime de soi est désignée par Rosenberg (1965) comme « *l'attitude, plus ou moins favorable, qu'a chaque individu envers lui-même, le respect qu'il se porte, le sentiment qu'il a de sa propre valeur en tant que personne* ». [45]

Après l'abandon de régimes, l'estime de soi va insidieusement diminuer [65]. Un rapport de l'ANSES sur l'évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement corrobore également ces propos en affirmant que le sentiment d'échec ressenti lors de l'abandon des nombreux régimes altère l'estime de soi ainsi que la confiance en soi et risque d'inciter voire d'aggraver les troubles du comportement alimentaire et le surpoids, qui eux-mêmes accroissent la mésestime de soi. [20]

Dans un article traitant des réalités et des enjeux de la stigmatisation sociale, J.C. Croizet et J-Ph. Leyens ont également mis en lumière que les personnes stigmatisées étaient théoriquement plus susceptibles de présenter un faible niveau d'estime de soi. Même si les résultats sont encore divergents sur la question, il se pourrait que les personnes victimes de discrimination et de préjugés chroniques (comme les personnes en surpoids ou obèses peuvent l'être) soient plus susceptibles d'avoir une faible estime d'eux-mêmes. [44]

Pour conclure, comme évoqué précédemment, à chaque échec, à chaque reprise de poids, la personne en surpoids ou obèse se dévalorise et culpabilise d'avoir craqué. Parallèlement à cela, les personnes ayant recours aux croyances compensatoires le font notamment pour moins culpabiliser [81, 86]. De ce fait, nous devons nous questionner sur un lien éventuel entre une faible estime de soi et l'usage de croyances compensatoires.

Hypothèse n°3 :

Nous pouvons donc énoncer l'hypothèse suivante selon laquelle une faible estime de soi pourrait influencer le recours aux croyances compensatoires.
--

2.4. Image corporelle

L'image corporelle peut être définie comme suit : « *La manière dont chacun se perçoit, s'imagine, se sent par rapport à son propre corps* ». Elle peut également être considérée comme « *l'ensemble des sentiments, attitudes, souvenirs et expériences, qu'un individu a accumulés à propos de son propre corps et qui se sont plus ou moins intégrés dans une perception globale* ». Elle se construit lors de la petite enfance, change et évolue avec l'âge. [45]

L'insatisfaction de notre image corporelle trouve en partie ses origines dans la pression et le culte de la minceur véhiculé et prôné par les médias actuels. Cette insatisfaction occasionne une préoccupation excessive par rapport au corps. [46]

Janet Polivy et C. Peter Herman, dans un article sur la santé mentale et les comportements alimentaires, ont pu démontrer qu'avoir une image corporelle négative de soi aboutissait habituellement à des périodes de privations alimentaires suivies d'épisodes de consommation excessive d'aliments. [66]

D'autre part, la problématique de l'insatisfaction corporelle fut régulièrement étudiée et associée avec un autre concept ; celui d'estime de soi. En effet, de nombreuses recherches se sont penchées sur la corrélation éventuelle entre les deux. Plusieurs études « montrent qu'un niveau élevé de satisfaction corporelle est associé à un niveau élevé d'estime de soi chez les hommes et les femmes. De la même manière, l'insatisfaction corporelle est négativement corrélée avec l'estime de soi, particulièrement, chez les femmes. Toutefois, d'autres recherches n'ont pas trouvé un tel lien, voire aucun lien entre insatisfaction corporelle et estime de soi ». [45]

Toutefois, ce qui précède nous pousse à nous questionner sur la potentielle influence d'une mauvaise image corporelle sur le recours aux croyances compensatoires.

Hypothèse n°4 :

Nous pouvons donc formuler l'hypothèse suivante selon laquelle une mauvaise image corporelle de soi pourrait influencer le recours aux croyances compensatoires.

2.5. Le lieu de contrôle

Attardons-nous à présent sur le concept du lieu de contrôle (LOC). Il s'agit d'une caractéristique importante par rapport à l'obésité parce que, par définition, elle indique « *la tendance généralisée à croire que ce qui nous arrive dépend soit de nous-mêmes (internalité) soit des facteurs extérieurs (externalité)* ». Cette notion se construit par apprentissage social (observation des comportements d'autrui et des résultats obtenus), grâce à l'expérience et via les croyances des personnes qui nous entourent. Elle fut présentée et étudiée, dès les années 1970, afin de mieux comprendre le comportement des personnes obèses. [56, 58]

Si l'on considère une analyse de plus de septante études sur le lieu de contrôle et la santé menée par Bruchon- Schweitzer M., le caractère interne du LOC aurait un effet positif sur la santé émotionnelle et physique inversement à l'externalité. Cette tendance fut confirmée également lors d'études du lieu de contrôle chez les personnes obèses. En effet, certains auteurs corroborent ces dires en rapportant que le locus externe se rapporte habituellement plus à des facteurs psychologiques comme la dépression et l'anxiété, rendant les personnes plus susceptibles d'abandonner au lieu de persévérer face à des tâches difficiles comme un régime alimentaire par exemple. [67, 69] Nous nous interrogeons donc sur la potentialité plus importante des personnes présentant un lieu de contrôle externe à avoir recours aux croyances compensatoires qui est (rappelons-le) la solution la plus facile des 3 dans le modèle présenté ultérieurement (cf. figure n°1). En effet, croire en nos capacités et notre efficience personnelle à entreprendre une tentative de perte de poids augure significativement la réussite de cette dernière. Ainsi, les personnes internes auraient plus tendance à obtenir des résultats concluants car ils croient en leurs compétences, contrairement aux personnes externes qui espèrent davantage une aide d'autrui (médecin, diététicien(ne), psychologue, ...) et attribueront leurs échecs à une cause externe ou dus au hasard.

Hypothèse n°5 :

Nous pouvons donc exprimer l'hypothèse suivante selon laquelle le lieu de contrôle (interne ou externe) pourrait influencer le recours aux croyances compensatoires.

2.6. Connaissance en nutrition

Pour finir, nous avons voulu nous intéresser à l'aspect cognitif du modèle. En effet, le choix d'avoir recours aux croyances compensatoires est le fruit d'un processus cognitif face à un dilemme.

Selon le Barzic, « *lorsqu'un individu décide de perdre du poids, il cesse de sélectionner sa nourriture en fonction du plaisir ressenti par l'absorption de celle-ci mais détermine ses choix à partir de ce qu'il sait ou croit savoir des propriétés diététiques des divers aliments* ». [34] Ainsi donc, au travers d'un petit questionnaire sur les connaissances en matière d'alimentation, nous avons souhaité observer une corrélation éventuelle entre ces deux aspects relatifs à la cognition.

Hypothèse n°6 :

Nous pouvons donc énoncer l'hypothèse suivante selon laquelle le niveau de connaissances en matière d'alimentation pourrait influencer le recours aux croyances compensatoires.

Ainsi donc, arrivé au terme de cette partie théorique, nous avons pu mieux appréhender de manière globale la complexité du problème de surpoids et d'obésité au travers de définitions, de chiffres ou encore des caractéristiques permettant de mieux la cerner. Nous avons pu constater qu'il s'agit d'un phénomène complexe et multifactoriel.

Force est de constater l'ampleur et l'hégémonie toujours aussi importante des pratiques amaigrissantes tandis que leurs résultats restent plus que discutable à court et long termes sans parler de leurs nombreuses conséquences sur la santé. A juste titre, il était donc pertinent de nous intéresser aux mécanismes cognitivo- comportementaux pouvant apparaître lors des tentatives de pertes de poids dont un concept relativement récent, les croyances compensatoires.

Après lecture du chapitre à ce sujet, nous pouvons mieux nous rendre compte des nombreuses recherches qu'il reste à mener sur le sujet afin d'approfondir nos connaissances en la matière. De ce fait, la partie empirique de ce mémoire, se veut d'apporter une pierre à l'édifice en continuant la recherche sous un angle nouveau. Le but étant de pouvoir améliorer la pratique, la prévention et la promotion de la santé dans ce domaine de la santé publique toujours d'actualité.

PARTIE EMPIRIQUE

I. MATERIAUX ET METHODE

1. Objectifs de l'étude

L'objectif premier et général de cette étude transversale est de mettre en lumière les proportions dans lesquelles les croyances compensatoires peuvent être présentes chez des personnes en surpoids ou obèses en tentative de perte de poids.

L'objectif spécifique et secondaire consiste à déterminer, à l'aide de différentes échelles, une corrélation/association éventuelle entre la présence plus ou moins importante de croyances compensatoires et d'autres facteurs tels que l'âge, le genre, le poids, la taille, l'histoire pondérale, l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle, le lieu de contrôle, l'image corporelle et les connaissances en matière d'alimentation.

2. Quel type de recherche ?

L'approche que nous avons souhaité employer dans ce mémoire est quantitative. En effet, nous avons soumis différentes échelles/questionnaires aux participants de l'étude dans le but de scorer différentes variables. Plus précisément, le type de recherche que nous avons décidé de mener est une étude épidémiologique **descriptive** et plus précisément une étude **transversale** également connue sous le nom de « cross-sectional-study ». [54]

Nous avons choisi ce type de recherche car il existe actuellement très peu d'informations permettant de caractériser les personnes en surpoids ou obèses en tentative de perte de poids et ayant recours aux croyances compensatoires. Cette méthode nous permettra donc de mettre en lumière d'éventuelles associations/corrélations entre la variable principale, c'est-à-dire les croyances compensatoires et d'autres variables.

3. Déroulement de l'étude

3.1. Taille de l'échantillon

Dans le cadre de notre étude, nous souhaitons avoir la participation de minimum 100 patients (qui seraient choisis aléatoirement) afin d'avoir des statistiques correctes. Néanmoins, pour arriver à cet objectif, il nous fallait anticiper la non-participation de certaines personnes, ce pourquoi nous avons

essayé de solliciter la participation de plus de 100 personnes. Pour ce faire, nous avons distribué 149 questionnaires au total sur l'ensemble des diététiciennes participant à l'étude.

3.2. Recrutement des diététicien(ne)s

Nous avons commencé par une première étape de recrutement des professionnels de santé concernés par notre étude, c'est-à-dire, les diététicien(ne)s. Ces derniers, dernières devaient répondre à certains critères d'inclusion : parler et comprendre le français, réaliser des consultations dans le domaine de la prise en charge et du suivi de personnes en surpoids ou obèses, être agréé(e)s et détenteurs/trices d'un numéro visa du SPF Santé Publique.

Dans le but de recruter des diététicien(ne)s pour notre recherche, nous avons fait le choix de passer par l'Union Professionnelle des Diététiciens de Langue Française (UPDLF). Il y avait plusieurs avantages à cela notamment le respect des critères ci-dessus. De plus, le site internet de l'UPDLF nous permettait d'avoir un accès simple et rapide à une liste préexistante (mais non exhaustive) des professionnel(le)s réalisant des consultations dans le domaine d'activité de notre choix. Ces derniers, dernières ont ainsi donc pu être contactées grâce aux numéros de téléphone (mode principal et premier de communication) et aux adresses mails référencés dans cette liste.

L'identité et la participation des diététicien(ne)s, à l'étude, sont strictement **confidentielles**.

3.3. Recrutement des patients

Les patients inclus à notre échantillon aléatoire simple devaient remplir certains critères en vue de participer à l'étude.

Critères d'inclusion :

- Avoir un âge compris entre 18 et 75 ans
- Etre en surpoids (IMC entre 25,0 kg/m² et 29,9kg/m²) ou obèse (IMC de 30 kg/m² ou plus) selon les critères fixés par l'OMS
- Parler et comprendre le français
- Etre suivi par un(e) diététicien(ne)
- Présence de comorbidités comme : le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'hypertriglycémie, ...

Critères d'exclusion :

- Les personnes souffrant de maladies aiguës et/ou chroniques (insuffisance rénale, Crohn, ...)
- Les personnes avec des déficits cognitifs
- Les personnes avec des problèmes de santé mentale
- Les femmes enceintes
- Les personnes mineures ou âgées de plus de 75 ans
- Les personnes suivies par un(e) diététicien(ne) afin de perdre du poids pour une future chirurgie bariatrique

En vue d'assurer le caractère aléatoire du choix, l'inclusion des patients répondant aux critères s'est fait dans l'ordre des rendez-vous pris.

L'identité des sujets et leur participation à l'étude, seraient strictement **confidentielles**.

3.4. Considérations éthiques

Avant toute démarche pratique, le « Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc- UCL » a été sollicité afin de nous assurer du respect des principes éthiques reconnus dans la recherche portant sur des sujets humains. Son accord nous a été rendu le 09 janvier 2018 (cf. annexe 1).

Deux considérations à laquelle nous avons veillées sont, premièrement, celle de fournir à chaque participant une brochure d'information approuvée par le comité éthique (cf. annexe 2). Deuxièmement, une demande de consentement écrit des participants a été demandé et obtenu préalablement à leur inclusion dans l'étude (cf. annexe 3). En effet, notre étude portait uniquement sur des personnes consentantes ayant reçu toute l'information nécessaire relative à l'objectif du mémoire.

3.5. Le prétest

Dans le courant du premier quadrimestre, une phase de prétest a été effectuée auprès de 6 personnes répondant aux critères d'inclusion de l'étude.

Tester nos outils a permis de nous assurer que les questionnaires utilisaient un langage compréhensible et approprié, qu'ils étaient agréables visuellement et véhiculaient des informations pertinentes et adéquates par rapport à l'objectif, à l'objet étudié et au public cible.

Il a ainsi été demandé aux participants de donner leur avis sur les ébauches des différents questionnaires auto-administrés afin d'apprécier différents aspects (indicateurs) et réaliser par la suite les ajustements nécessaires. Les 5 indicateurs du prétest utilisés étaient les suivants :

- L'esthétique
- Le temps de réponse total

- Le caractère offensant de certains mots ou questions
- La lisibilité
- La compréhension des textes/questions/réponses

Après une phase de 3 semaines au terme desquelles les questionnaires ont été modifiés. Nous avons veillé à ce que la forme de chaque questionnaire soit identique. Tous présentaient donc un titre, un bref texte d'introduction et d'explication du concept et du mode de réponse aux questions dans un langage adapté et in fine les questions.

Un soin particulier a été apporté à la vulgarisation des concepts afin de permettre une bonne compréhension de ceux-ci par le public. Nous avons aussi été attentifs au vocabulaire et au choix des mots utilisés dans l'introduction et dans les questionnaires pour ne pas heurter, stigmatiser ou susciter un sentiment de jugement/d'appréciation (cf. annexe 4).

3.6. Collecte des données

La collecte de données sur le terrain s'est déroulée du 29 janvier 2018 au 20 mai 2018. Les participants à l'enquête avaient au préalable répondu anonymement aux différents questionnaires lors d'une (ou plusieurs) consultation(s) chez leur diététicien(ne) et pouvaient être complétés avant ou après la consultation. La durée maximale estimée de participation aux enquêtes était d'une heure.

Les informations recueillies à l'aide des questionnaires ont été **entièrement anonymisées** à l'aide d'un code attribué par la mémorante à chaque diététicien(ne) et d'un code patient attribué par le professionnel lui-même à ses patients. Toutes les informations relatives aux participants, tant les professionnels de santé que les patients, seraient confidentielles conformément aux lois belges du 08 décembre 1992 se rapportant à la vie privée, ainsi que celles relatives aux droits du patient du 22 août 2002 et celles de la loi du 7 mai 2004 relatives aux expérimentations sur la personne humaine.

Une fois les données récoltées, ces dernières seraient traitées et interprétées via les grilles d'analyse et d'évaluation correspondant à chacun des questionnaires.

Dans l'intention de standardiser les réponses récoltées, une courte vidéo mettant en scène le déroulement approprié de la séance de réponses aux questionnaires a été réalisée (cf. annexe 5). Elle a illustré l'attitude (du diététicien) non inductive et neutre à avoir ainsi que l'ordre dans lequel les échelles devaient être données aux patients. Elle a exemplifié également les questions

éventuelles pouvant être posées par les patients et les réponses adéquates à y apporter. Néanmoins, chaque questionnaire serait accompagné d'une explication quant à son objectif et la façon appropriée d'y répondre. Ce choix de mode de diffusion des questionnaires auto-administrés nécessitait que les personnes distribuant les questionnaires soient formées et informées des modalités pratiques de diffusion afin qu'elles aient toutes les mêmes informations, instructions et compétences pour mener à bien leur tâche.

3.7. Le biais de sélection

Une notion importante à prendre également en compte et à avoir en tête lors d'une étude épidémiologique est le biais de sélection. Il se produit lors de l'échantillonnage et conduit à ce que les participants d'une étude ne constituent pas un groupe représentatif de la population étudiée. Nous ne pouvons pas l'exclure car nous n'avons pas reçu la permission du comité éthique pour rassembler quelques données sur les participants invités à participer et qui ont refusé.

[54] [59] Pour ce faire, il a été demandé à chacune des diététiciennes ayant acceptés de participer de lister (de manière exhaustive) dans un fichier Excel nominatif, tous les patients qui respectaient les critères d'inclusion. Les informations demandées étaient le sexe, l'âge et l'IMC.

De manière effective et en raison des contraintes de terrain, cet aspect de l'étude n'a pas pu être réalisé.

3.8. Traitement statistique des données

Les données brutes recueillies (sur papier) ont systématiquement été encodées sur le logiciel Microsoft Excel 2016 en fonction du type de variable (nominale ou ordinale) utilisée par le questionnaire. Une fois les données encodées, afin de les analyser et les présenter au mieux, nous avons utilisé le logiciel IBM SPSS. Ce programme offre une grande variété de tests différents, dont le traitement des statistiques descriptives, ce qui nous intéresse dans ce cas-ci.

3.9. Feedback personnalisé

La dernière étape de ce mémoire consistera à faire un retour personnalisé à chaque diététicienne ayant accepté de participer à l'étude afin de leur présenter les résultats généraux ainsi que ceux spécifiques à leurs patients en vue d'optimiser l'accompagnement diététique offert à ces personnes.

5. Questionnaires employés

5.1. Quelques considérations pratiques

Le choix des facteurs susceptibles d'influencer l'usage de croyances compensatoires s'est fait suite à une revue de littérature sur le sujet étudié et par rapport au public cible.

Rigueur scientifique obligeant, les différents questionnaires sélectionnés et utilisés ont des propriétés psychométriques acceptables, certains sont validés en français pour une population de personnes obèses. Concernant les 3 questionnaires non validés en français (The Compensatory Health Beliefs Scale, The Fat phobia scale et General Nutrition Knowledge Questionnaire), ils ont fait l'objet d'une traduction lors de ce mémoire. Une première traduction vers le français fut réalisée par mes soins. Ensuite, une autre personne pour qui l'anglais est la langue maternelle et qui suffisamment bien le français a effectué une seconde traduction (du français vers l'anglais). Cette étape a pour objectif de vérifier tout ce qui a trait à la linguistique et à la syntaxe. Pour finir, les deux versions anglaises ont été comparées afin d'analyser leur concordance sémantique.

Voici, ci-après, la liste des différentes échelles utilisées.

5.2. Croyances compensatoires

Créée en 2004 par Knaüper, Cohen, Patriciu et Rabiau, « The Compensatory Health Beliefs Scale », est un questionnaire écrit et auto-administré qui nous permet de garantir l'anonymat des participants vu qu'il ne nécessite pas la présence d'un enquêteur. L'étude qui nous présente le développement et les propriétés psychométriques de cette échelle nous révèle différentes caractéristiques importantes à prendre en compte dans le choix d'un outil. La première propriété qui retient notre attention est la consistance interne. Elle illustre au combien les items d'un même test mesurent la même dimension. Dans notre cas, le coefficient Alpha de Cronbach (α) est égal à 0.80. C'est une valeur élevée indiquant par conséquent que le contenu du questionnaire est homogène. Un deuxième point d'attention est la notion de « Test-retest ». Elle nous montre le degré de constance des résultats obtenus à un test dans le temps. Certains concepts sont plus stables que d'autres comme pour les représentations qui peuvent changées au cours du temps ; un coefficient plus faible peut être accepté. En ce qui concerne les croyances compensatoires, le coefficient de fidélité test-retest (r) vaut 0.75 ($p < 0.0001$). Cela témoigne que le questionnaire donne des résultats constants au fil du temps. Une dernière propriété psychométrique peut être relevée ; il s'agit de la corrélation inter-items. Pour ce test, elle est égale à 0.20-0.25, ce qui démontre que les items sont

suffisamment différents et non redondants. La taille réduite (17 items) a également été un critère de choix majeur. Au vu de ces résultats, nous avons décidé d'opter pour cette échelle. De plus, elle est habituellement utilisée lors d'études évoquant ce sujet. [42, 43] Toutefois une traduction française ainsi qu'une back-translation de ce questionnaire ont été nécessaires. [50]

5.3. Estime de soi

En 1990, Evelyne F. Vallieres et Robert J. Vallerand ont réalisé une traduction et validation franco-canadienne de l'échelle de Rosenberg (1965) relative à l'estime de soi. Cette dernière se présente sous forme d'une échelle de Lickert par laquelle la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord à chacune des 10 propositions. Au sujet des propriétés psychométriques de cette échelle, 2 notions retiendront notre attention : premièrement, le coefficient de cohérence interne atteint un niveau très satisfaisant de 0.90 ; dans un deuxième temps, la valeur du test-retest (r) est égale à 0.84, ce qui est très acceptable. Le caractère court du questionnaire établi en français nous a également aiguillé dans notre choix. Ainsi, au vu des données qui précèdent, nous avons donc décidé de choisir cette échelle. [48]

5.4. Image corporelle

Pour évaluer ce concept, nous nous sommes basés sur « l'étude de validation de la version française du Body Shape Questionnaire » parue dans l'encéphale en 2005 et écrit par A. Rousseau, A. Knotter, P. Barbe et al. Ce questionnaire traite du ressenti par rapport au corps, à la silhouette des patients. C'est un test auto-administré de 34 items. La première propriété qui retient notre attention est la consistance interne. Elle est égale à 0.97, ce qui nous révèle que le contenu du questionnaire est homogène. La deuxième notion importante est celle de « Test-retest ». La valeur du test-retest (r) est de 0.95 ($p < 0.0001$). Cela signifie que le questionnaire présente des résultats reproductibles au fil du temps. Le fait qu'il existe une version française qui soit régulièrement utilisée lors d'études évoquant ce sujet ainsi que les bonnes propriétés psychométriques du questionnaire ont motivé notre choix. C'est pour ces différentes raisons que nous avons décidé de choisir cette échelle. [46]

5.5. Lieu de contrôle

La version anglaise de l'échelle du lieu de contrôle de Levenson a été traduite en français par Loas et al. en 1994. Elle se compose de 24 items sous la forme d'une échelle de Lickert. Le questionnaire comporte 3 sous échelles composées chacune de 8 questions. Ce concept est sensible à d'autres variables telles que le sexe, l'âge et le statut social, ce qui explique, entre autres, que nous

recueillions également ces données. Attardons-nous à présent sur les caractéristiques et propriétés psychométriques de ce test. Le coefficient alpha de Cronbach nous montre une homogénéité un peu faible comprise entre 0,56 et 0,59. À l'exception d'un item, toutes les questions participent de manière positive à l'homogénéité interne. Comme le soulignent également les auteurs de la version française validée du questionnaire « *Les corrélations entre facteurs et échelles témoignent également de la validité structurale de l'instrument.* ». Le caractère auto-administré, relativement court et en français du questionnaire ont orienté notre choix. [58]

5.6. Sentiment d'auto-efficacité/ efficacité personnel

Le « SEPOB » est un questionnaire français sur le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'obésité. Il fut créé en 2010 par Jessica Descamps, Marc Hautekeete, Fleur Bougenière et al. Il se présente également sous la forme d'une échelle de Lickert. Ce questionnaire comporte 40 items. Cet outil est utilisable par des personnes en surpoids ou obèses et aussi par des personnes de poids normal. D'autres propriétés ont également retenu notre attention, notamment le fait qu'il s'agisse d'une version française. L'analyse des qualités psychométriques nous révèle ceci : l'homogénéité mesurée par le coefficient Alpha de Cronbach (α) est supérieure à 0.9 ($p < 0.0001$), ce qui est très satisfaisant. Le « test-retest » est de 0.865 ($p < 0.0001$) pour un intervalle d'environ 3 semaines, ce qui nous indique une constance élevée des résultats dans le temps. Concernant la sensibilité, elle est mesurée avec le delta (Δ) de Ferguson. Dans ce cas, elle vaut 0.947 ($p < 0.0001$), ce qui nous indique la bonne capacité du questionnaire à identifier les personnes ayant vraiment la caractéristique recherchée, c'est-à-dire le sentiment d'efficacité. A propos de la validité, elle est bonne pour la population générale ($r = 0.435$) et devient meilleure ($r = 0.658$) pour les personnes normo-pondérales. Ainsi, les trois propriétés essentielles d'un instrument de mesure sont remplies et permettent donc aux auteurs de conclure à la validité de ce questionnaire. Il était donc intéressant et pertinent pour notre étude d'opter pour cet outil. [47]

5.7. Perception de l'obésité

En 2001, une version courte (14 items) du « Fat phobia scale » est créée d'après la version originale comprenant 50 items par JG Bacon, KE Scheltema et BE Robinson. Cette échelle mesure les attitudes négatives et les stéréotypes liés aux personnes en surpoids ou obèses. Cette version anglaise présente de très bonnes propriétés psychométriques. En effet, la fiabilité est excellente avec un coefficient Alpha de Cronbach's égal à 0,91. La forme courte montre également une bonne

corrélation ($r = 0.90$) avec l'échelle entière de 50 items. De plus, elle est couramment utilisée lors d'études évoquant la stigmatisation des personnes en surpoids et obèses. Son étude de validation fut effectuée auprès d'un échantillon comprenant des individus étant en sous poids jusqu'à l'obésité morbide. Ainsi l'ensemble des classes de BMI sont représentées. Néanmoins une traduction française ainsi qu'une back-translation de cette échelle ont été nécessaires. [49]

5.8. Connaissance sur l'alimentation

Pour finir, un test de connaissance générale sur l'alimentation a été utilisé. Sur la longue série de questions que propose la version anglosaxonne révisée du « General Nutrition Knowledge Questionnaire » en 2016 par N. Kliemann, J. Wardle et al., 11 questions adaptées à notre étude ont été sélectionnées. Au sujet des propriétés psychométriques de cette échelle, 2 notions ont retenu notre attention : premièrement, le coefficient de fiabilité présentait un niveau très satisfaisant de 0.93 au niveau interne et de 0.72-0.89 pour le niveau externe. Dans un deuxième temps, la valeur du test-retest n'a pas montré de différence significative au fil du temps. Cependant, comme pour le précédent questionnaire, une traduction française ainsi qu'une back-translation ont été nécessaires. [51]

II. RESULTATS

1. Flow chart

Lors du processus de recrutement des diététicien(ne)s, nous avons dans un premier temps effectué un tri sur le site internet de l'UPDLF afin de lister les professionnel(le)s proposant une prise en charge de patients en surpoids ou obèses. Nous avons établi une liste de 157 professionnels. Ensuite, la sélection aléatoire d'une vingtaine d'entre eux a été opérée (=Phase n°1). Ces derniers ont été contactés par téléphone et/ou par email afin de leur présenter les objectifs de cette étude, de susciter leur intérêt et les amener à y participer. Un contact personnalisé a été privilégié dans le but d'obtenir un taux d'adhésion plus élevé. Au vu du faible taux de réponses positives suite aux premières sollicitations (seulement 7 personnes sur 20), nous avons fait le choix d'élargir notre échantillon aléatoire de diététicien(ne)s. Dans l'objectif d'obtenir un maximum de questionnaires, nous avons donc décidé de contacter 10 professionnel(le)s supplémentaires (=Phase n°2). Suite à cette deuxième « phase de recrutement », malheureusement une seule diététicienne a accepté de participer. Toujours pour espérer atteindre le taux de questionnaires souhaités (100) et ayant pris conscience des difficultés de terrain dans la distribution du questionnaire par les diététicien(ne)s aux patients, nous avons inclus une troisième fois 20 autres professionnels supplémentaires (=Phase n°3). In fine, nous avons contacté 50 diététicien(ne)s et 15 ont accepté de collaborer, mais seulement 13 ont véritablement participé à cette étude. Nous avons donné en tout, 149 questionnaires et en avons eu 54 en retour.

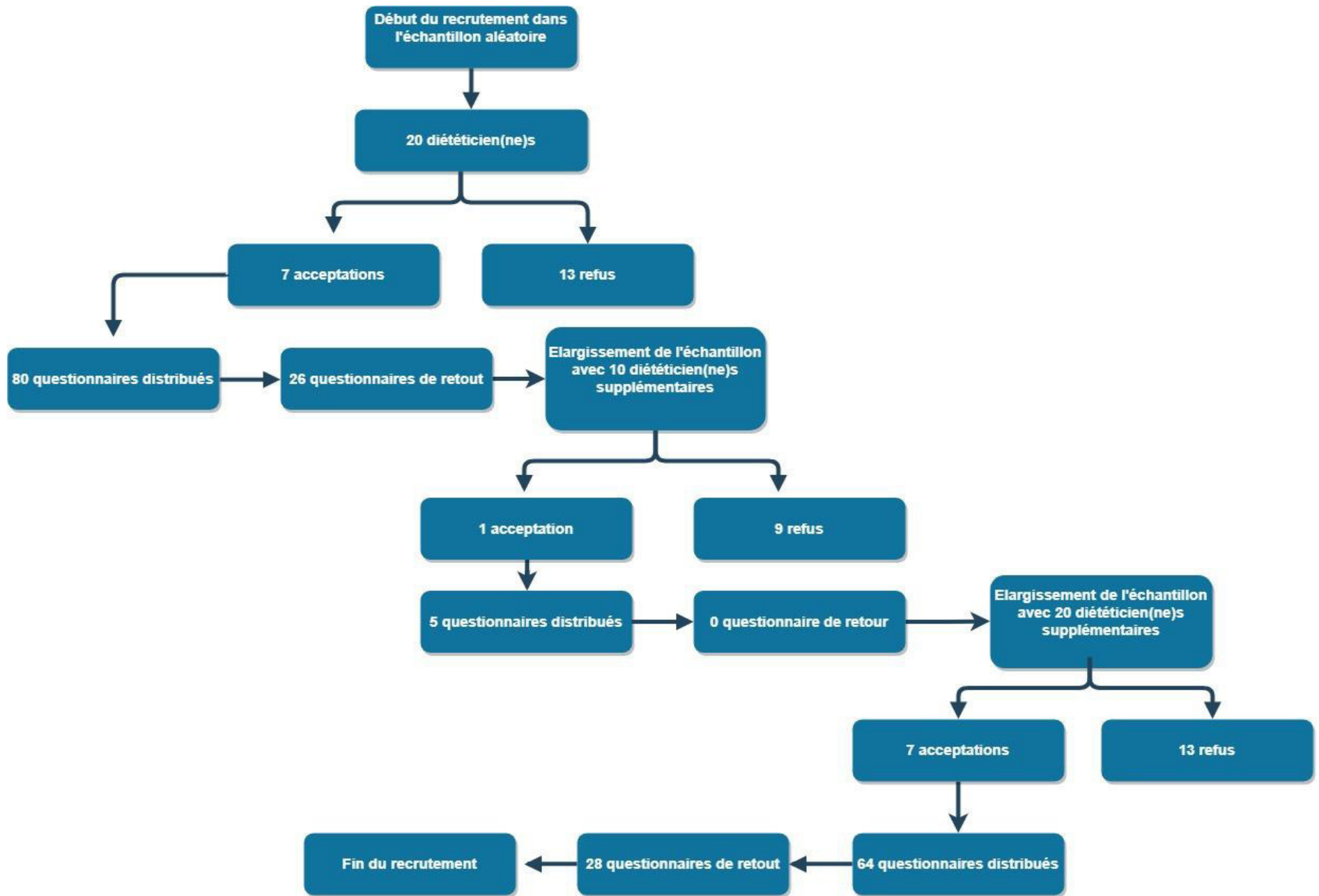
Le tableau ci-dessous dévoile la durée de chacune des étapes d'agrandissement de notre échantillon aléatoire simple de professionnel(le)s.

Tableau n°4. Durée des différentes phases de recrutement

Phases de recrutements	Date de début et de fin
Phase n°1	29/01/2018 – 25/02/2018
Phase n°2	26/02/2018 – 18/03/2018
Phase n°3	19/03/2018 – 30/04/2018

L'ensemble de ce cheminement vous est présenté dans la figure ci-après.

Figure n°2 : Flow chart



2. Description de l'échantillon

En vue de caractériser notre échantillon, nous nous sommes intéressés à divers éléments dont voici les résultats statistiques.

Tableau n°5. Tableau de fréquences des caractéristiques de l'échantillon (N=54)

Variables		Variables	
Genre (n,%)		Tentative de perte de poids (n,%)	
Femme	(43 , 79.6%)	Oui	(48 , 90.6%)
Homme	(11 , 20.4%)	Non	(5 , 9.4%)
Age (moyenne, DS)	(43.9 , ±13.48)	Age premier régime (médiane, PIQ)	[24.5 , 22]
IMC (médiane, PIQ)	[31.15 , 4.99]		
Médicaments pris (n,%)		Moyens utilisés pour perdre du poids (n,%)	
Pilule	(12 , 22.2%)	Weight Watcher	(22 , 40.7%)
Hypolipémiant	(7 , 13%)	Suivi diététique	(21 , 38.9%)
Antidépresseur	(3 , 5.6%)	Sport/activité physique	(18 , 33.3%)
Hormones thyroïdiennes	(9 , 16.7%)	Poudres	(5 , 9.3%)
B-bloquant	(9 , 16.7%)	Régimes hyperprotéinés	(16 , 29.6%)
Hypertenseur	(6 , 11.1%)	Régimes hypocaloriques	(15 , 27.8%)
Diurétique	(2 , 3.7%)	Nutritionniste	(4 , 7.4%)
Antidiabétique	(3 , 5.6%)	Régimes restrictifs	(21 , 38.9%)
Antiacide	(5 , 9.3%)	Médecins	(4 , 7.4%)
Anti-hyperprolactinémie	(1 , 1.9%)		
Etat civil (n,%)		Niveau d'éducation (n,%)	
Célibataire	(4 , 7.7%)	Primaire	(0 , 0%)
Marié(e)	(35 , 67.3%)	Secondaire	(7 , 13.5%)
Séparé(e)	(9 , 17.3%)	Qualification /professionnel	(4 , 7.7%)
Divorcé(e)	(3 , 5.8%)	Bachelier	(19 , 36.5%)
Veuf-Veuve	(1 , 1.9%)	Master	(20 , 38.5%)
		Doctorat	(2 , 3.8%)

Parmi les 54 patients ayant accepté de participer à l'étude, 43 d'entre eux (soit 79,6%) sont des femmes et 11 sont des hommes (soit 20,4%). Concernant l'âge moyen de l'échantillon, il est d'environ 44 ans (43,99 ans). Quant à l'IMC, la moyenne s'élève à 31,50 Kg/m². Ce dernier

marqueur (IMC) s'étend de 25,20 Kg/m² à 41,43 Kg/m². Notre échantillon se trouve ainsi au minimum en surpoids jusqu'à l'obésité de classe III.

En ce qui concerne l'état civil, on retrouve 67,3% de personnes mariées (plus d'une personne sur 2), 17,3% des participants séparés, 7,7% de personnes célibataires, juste après 5,8% de personnes divorcées et enfin seule une personne est veuve soit 1,9%. Le niveau d'éducation a également été étudié. Environ 80% des participants ont un niveau d'étude égal ou supérieur à un bachelier (78,8%). Respectivement, 36,5% ont un bachelier, 38,5% un master et 3,8% un doctorat. Pour les 21,2% restants, la répartition est la suivante : 13,5% de participants ont terminé les secondaires et 7,7% ont entrepris des études professionnelles ou de qualifications.

Une autre variable relevée dans notre échantillon a été la tentative de perte de poids. A ce sujet, 90,6% des patients de l'étude rapportent avoir déjà tenté de perdre du poids par le passé. L'âge moyen auquel les personnes ont commencé à se soucier de leur poids et à entreprendre des tentatives de perte de poids est de 25 ans en moyenne (25,71 ans). Le plus jeune âge renseigné est de 3 ans et l'âge maximal de 57 ans. Les moyens listés lors de la récolte de données et utilisés pour perdre du poids sont au nombre de 9. Le plus utilisé est la méthode Weight Watcher à 40,7%. Ceux auxquels les participants ont le moins eu recours est l'usage de poudre (seulement 5 personnes sur 54), le recours à un(e) nutritionniste (seulement 4 personnes sur 54) ou un médecin (également 4 personnes sur 54). Ces diverses méthodes ont également été retrouvées dans la littérature comme le souligne entre-autre l'ANSES. [20]

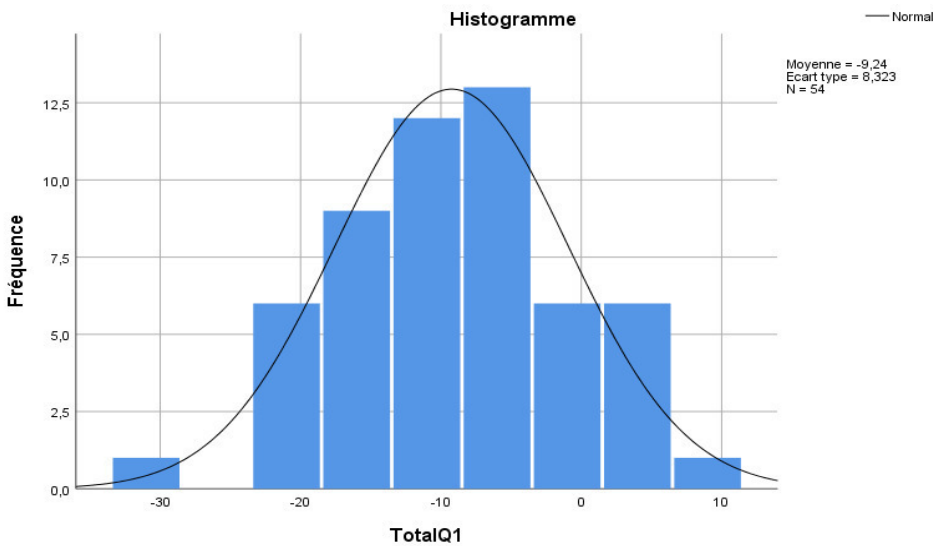
Nous nous sommes également intéressés aux médicaments pris par les patients. Selon les renseignements recueillis et après analyse 10, classes différentes de médicaments ont été retenues comme étant susceptibles d'influencer négativement la tentative de perte de poids. Certains patients ne renseignent aucun médicament contrairement à d'autres qui en listent plusieurs.

3. Test de la normalité

Avant de commencer les analyses statistiques, nous nous devons de tester la normalité des données récoltées (variables quantitatives) afin de nous assurer que ces dernières suivent une loi appelée loi normale ou courbe de Gauss. Pour ce faire, nous allons nous baser sur les outils mis à disposition par le programme SPSS : le test de Kolmogorov-Smirnov, l'histogramme, le tracé du QQ-plot et le boxplot. Afin de pouvoir affirmer que les variables suivent une loi normale, 3 critères sur 4 doivent (au minimum) être respectés.

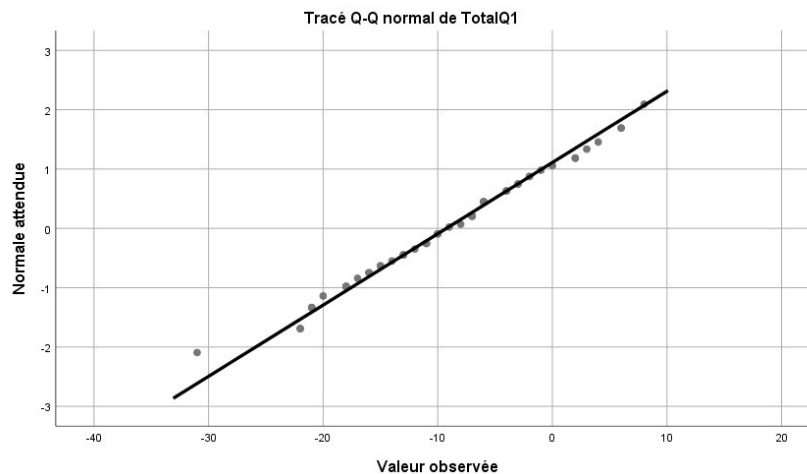
3.1. Questionnaire 1 : Les croyances compensatoires

Figure n°3 : Histogramme et courbe de Gauss pour les croyances compensatoires



En observant l'allure du graphe et la forme en cloche de la courbe de Gauss, nous pouvons en déduire que la variable suit une loi normale.

Figure n°4 : QQ-plot pour les croyances compensatoires

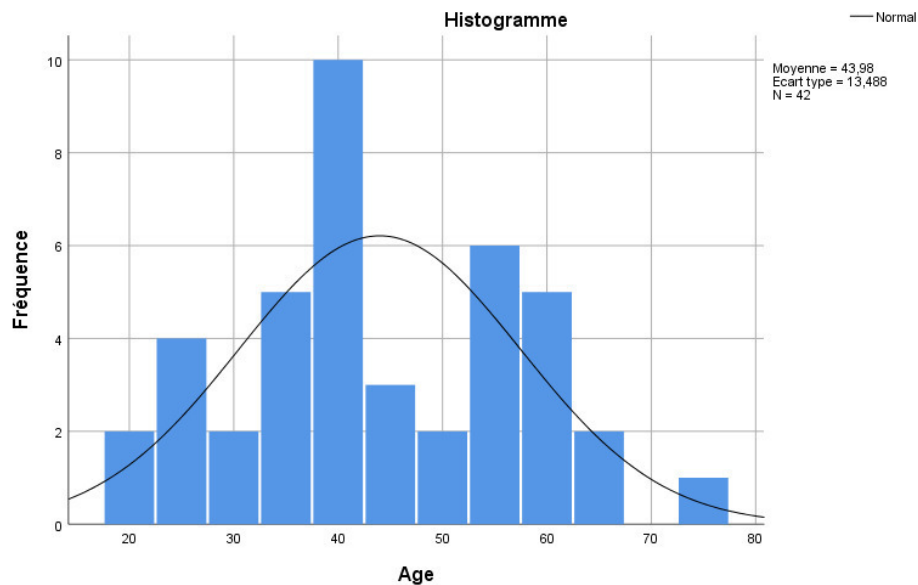


En regardant, la répartition des points tout le long de la diagonale, nous pouvons dire que la variable suit une loi normale. Ainsi donc, après application des tests statistiques et au regard de la P-valeur (0.20) nous pouvons conclure que le questionnaire 1 suit bien une loi normale.

3.2. Age

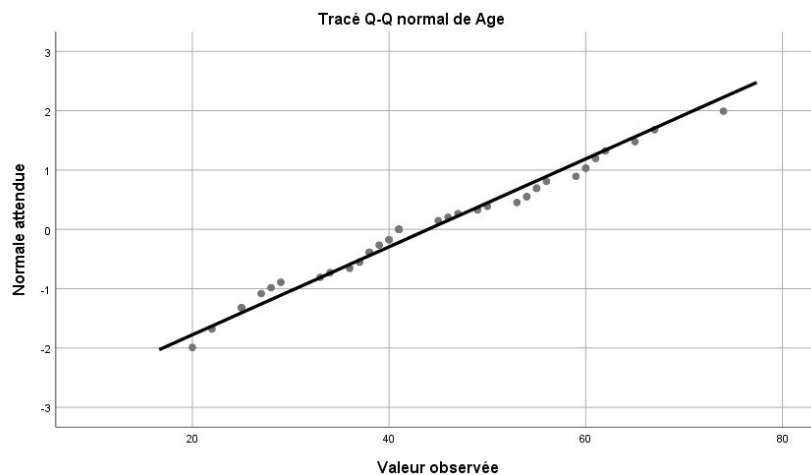
Tout d'abord, observons l'histogramme et le QQ-plot présentés ci-dessous.

Figure n°5 : Histogramme et courbe de Gauss pour l'âge



En observant l'allure du graphe et la forme en cloche de la courbe de Gauss, nous pouvons en déduire que la variable suit une loi normale.

Figure n°6 : QQ-plot pour l'âge

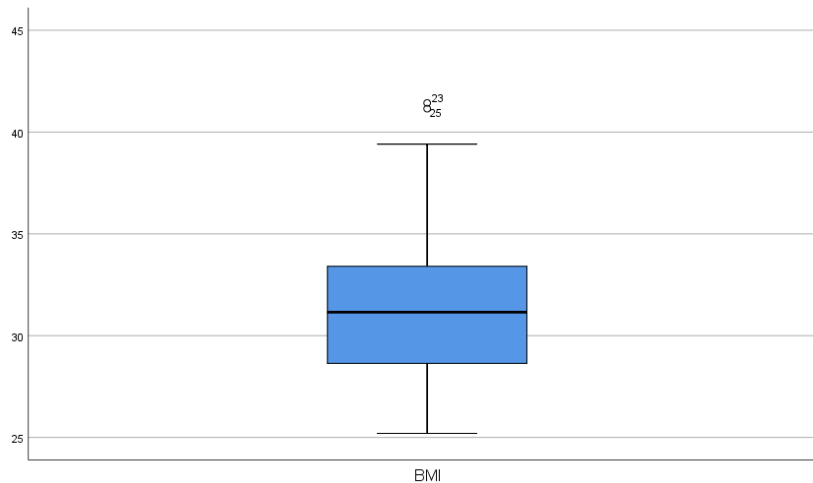


En regardant, la répartition des points tout le long de la diagonale, nous pouvons dire que la variable suit une loi normale. Ainsi donc, après application des tests statistiques et interprétation de la p-valeur (0,053) nous pouvons conclure que l'âge suit une loi normale.

3.3. IMC

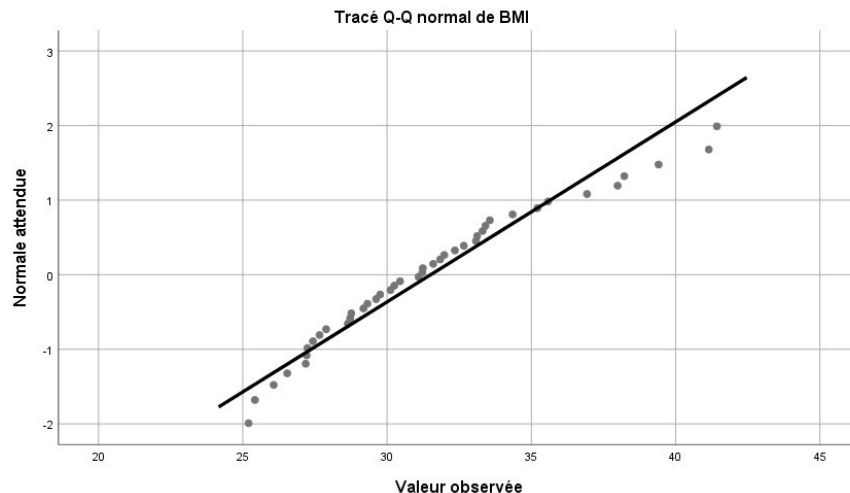
Après application des tests statistiques, nous pouvons attester que l'indice de masse corporelle ne suit pas une loi normale, notamment au regard du boxplot et du QQ-plot présentés ci-dessous.

Figure n°7 : Boxplot pour l'IMC



En prêtant attention au boxplot, nous pouvons déceler une différence de taille entre les moustaches et aussi des données aberrantes (outliers), ce qui nous pousse à déduire que la variable ne suit pas une loi normale.

Figure n°8 : QQ-plot pour le IMC

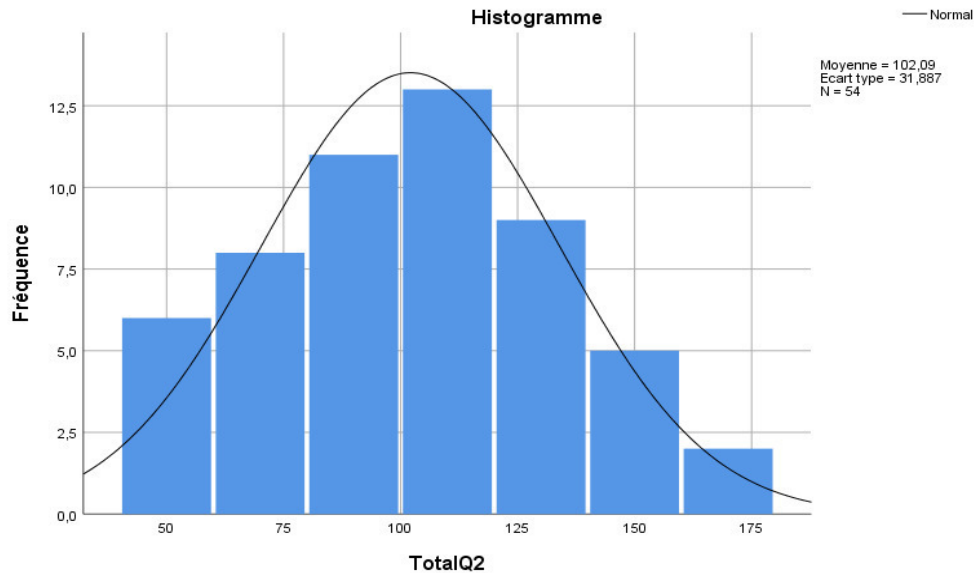


En regardant, la répartition des points, nous pouvons voir qu'ils ne se situent pas tous le long de la diagonale. De ce fait, nous pouvons en tirer comme conclusion que l'IMC ne suit pas une loi normale.

3.4. Questionnaire 2 : l'image corporelle

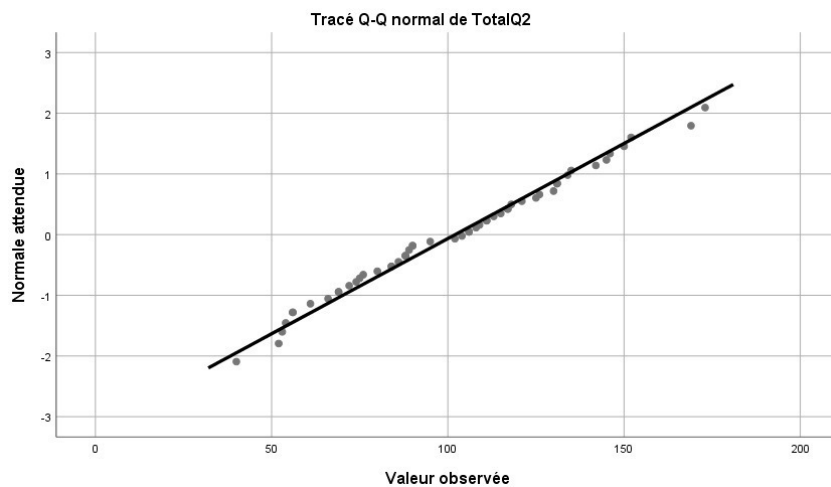
Examinons l'histogramme et le QQ-plot présentés ci-dessous.

Figure n°9 : Histogramme et courbe de Gauss pour l'image corporelle



En considérant l'allure du graphe et la forme en cloche de la courbe de Gauss, nous pouvons en déduire que la variable suit une loi normale.

Figure n°10 : QQ-plot pour l'image corporelle

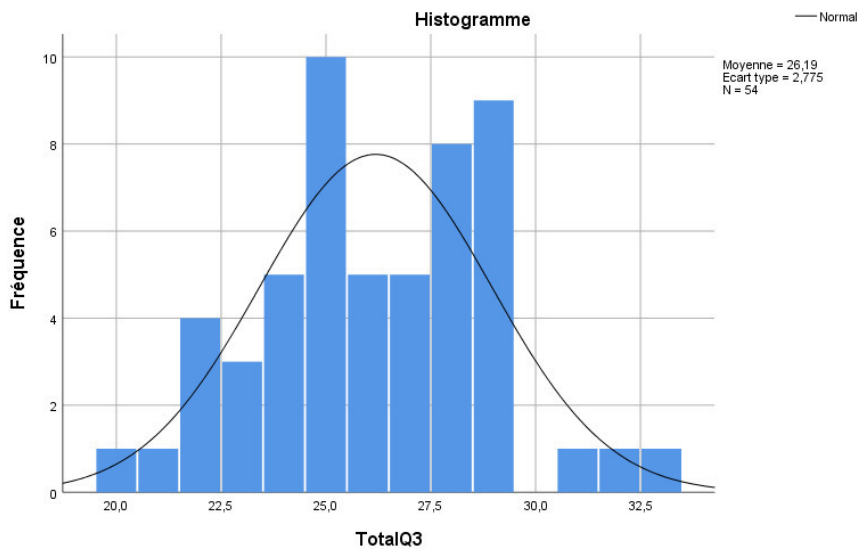


En prêtant attention au QQ-plot, nous pouvons observer que la répartition des points se fait tout le long de la diagonale. Ainsi donc, en interprétant la p-valeur (0,20) et après application des tests statistiques, nous pouvons conclure que le questionnaire 2 suit une loi normale.

3.5. Questionnaire 3 : l'estime de soi

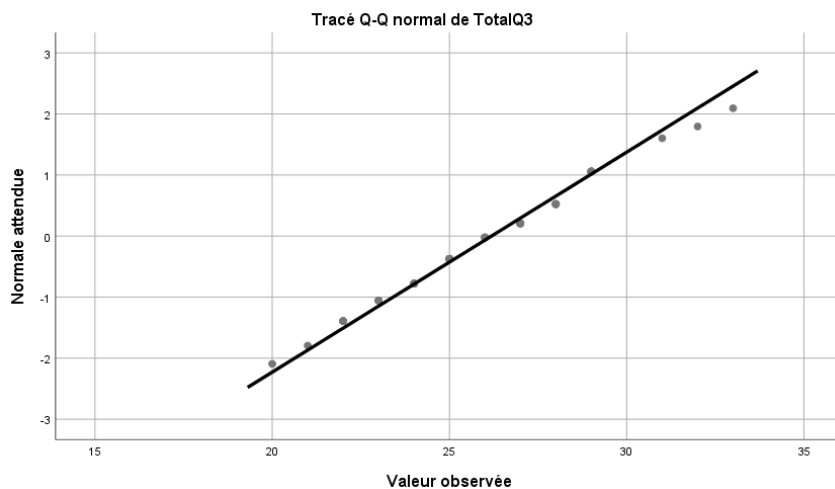
Regardons l'histogramme et le QQ-plot présentés ci-dessous.

Figure n°11 : Histogramme et courbe de Gauss pour l'estime de soi



En prêtant attention à l'allure du graphe et la forme en cloche de la courbe de Gauss, nous pouvons en déduire que la variable suit une loi normale.

Figure n°12 : QQ-plot pour l'estime de soi

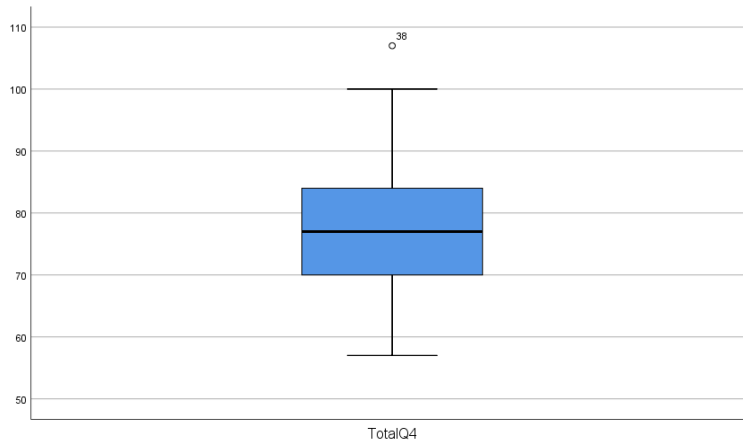


En regardant, la répartition des points tout le long de la diagonale, la p-valeur (0,07) et après application des tests statistiques, nous pouvons conclure que le questionnaire 3 suit bien une loi normale.

3.6. Questionnaire 4 : le lieu de contrôle

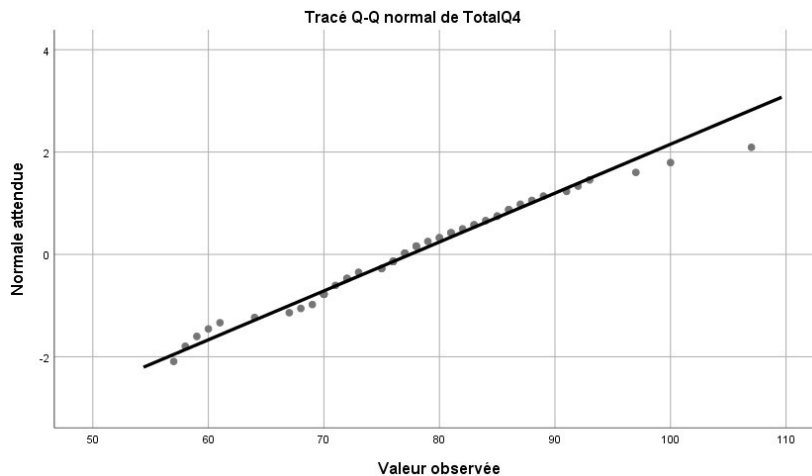
Une fois les tests statistiques fait, nous pouvons conclure que le questionnaire 4 ne suit pas une loi normale. Premièrement, au regard de la p-valeur qui est de 0,003 ce qui implique un rejet de la normalité. Ensuite, d'après le boxplot et le QQ-plot présentés ci-dessous.

Figure n°13 : Boxplot pour le lieu de contrôle



En prêtant attention au boxplot, nous pouvons déceler une différence de taille entre les moustaches et aussi la présence d'une donnée aberrante (outlier), ce qui nous pousse à en déduire que la variable ne suit pas une loi normale.

Figure n°14 : QQ-plot pour le lieu de contrôle

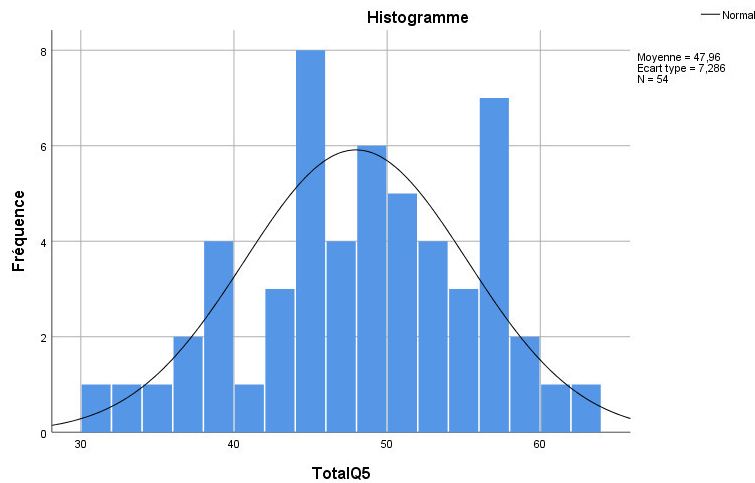


En regardant, la répartition des points, nous pouvons voir qu'ils ne se situent pas tous le long de la diagonale. De ce fait, nous pouvons en déduire que le questionnaire 4 ne suit pas une loi normale.

3.7. Questionnaire 5 : la stigmatisation

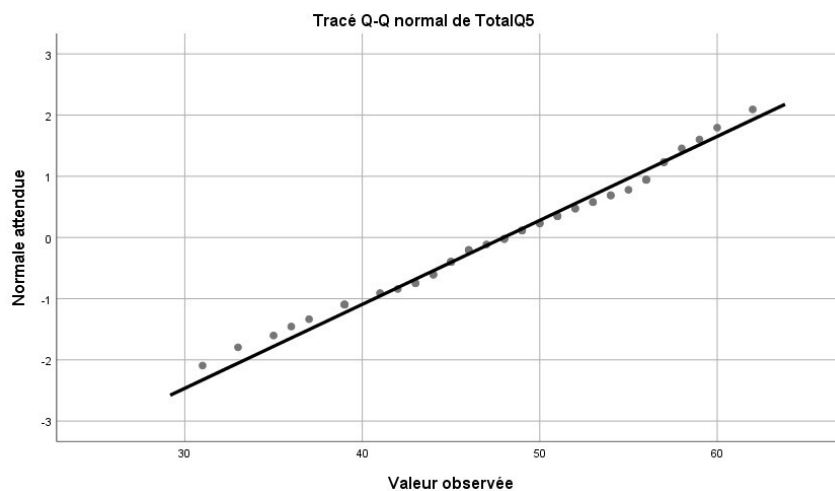
Considérons l'histogramme et le QQ-plot présentés ci-dessous.

Figure n°15 : Histogramme et courbe de Gauss pour la stigmatisation



En observant l'allure du graphe et la forme en cloche de la courbe de Gauss, nous pouvons constater que la variable suit une loi normale.

Figure n°16 : QQ-plot pour la stigmatisation

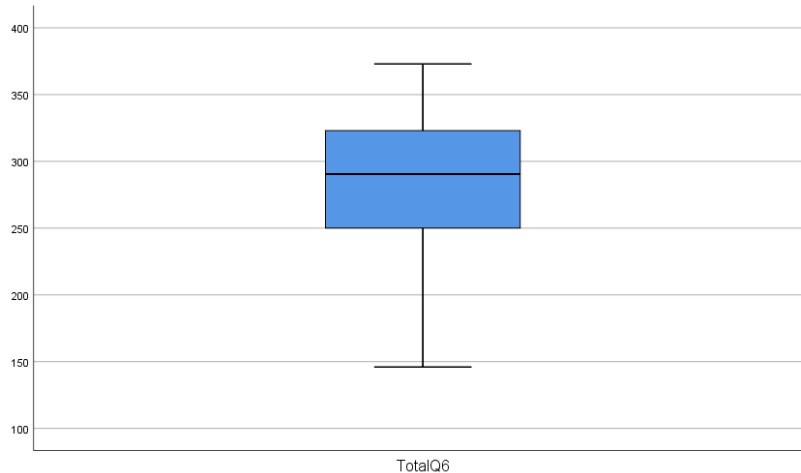


En prêtant attention au QQ-plot, nous pouvons observer que la répartition des points se fait tout le long de la diagonale. En observant la p-valeur (0,20) et après application des tests statistiques, nous pouvons conclure que le questionnaire 5 suit bien une loi normale.

3.8. Questionnaire 6 : le sentiment d'efficacité personnel

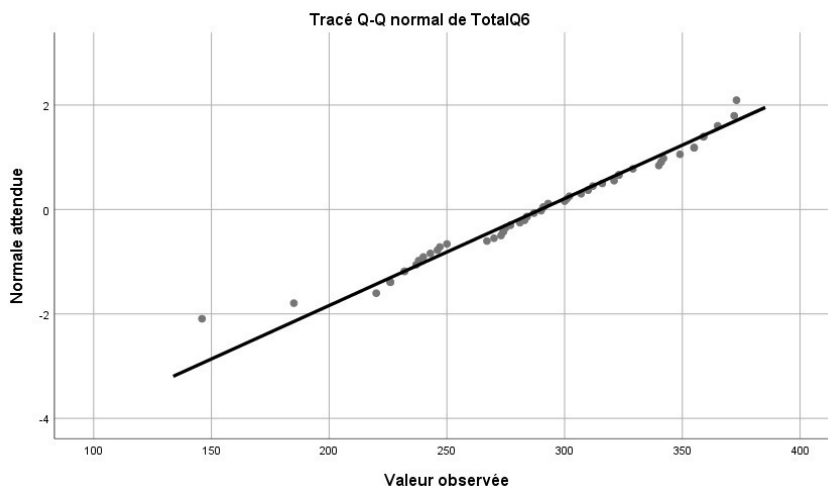
Après application des tests statistiques, nous pouvons conclure que le questionnaire 6 ne suit pas une loi normale, notamment au regard du boxplot et du QQ-plot présentés ci-dessous.

Figure n°17 : Boxplot pour le sentiment d'efficacité personnel



En prêtant attention à la forme du boxplot, nous pouvons déceler une différence de taille entre les moustaches et que la médiane n'est pas centrée. Le boxplot présente une asymétrie, ce qui nous pousse à en déduire que la variable ne suit pas une loi normale.

Figure n°18 : QQ-plot pour le sentiment d'efficacité personnel

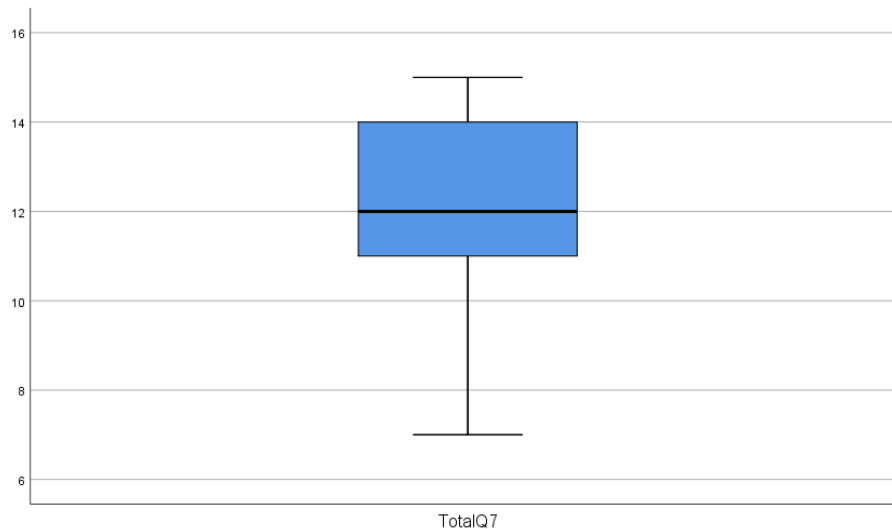


En observant, la répartition des points, nous pouvons voir qu'ils ne se situent pas tous le long de la diagonale. De ce fait, nous pouvons effectivement en déduire que le questionnaire 6 ne suit pas une loi normale.

3.9. Questionnaire 7 : connaissance en nutrition

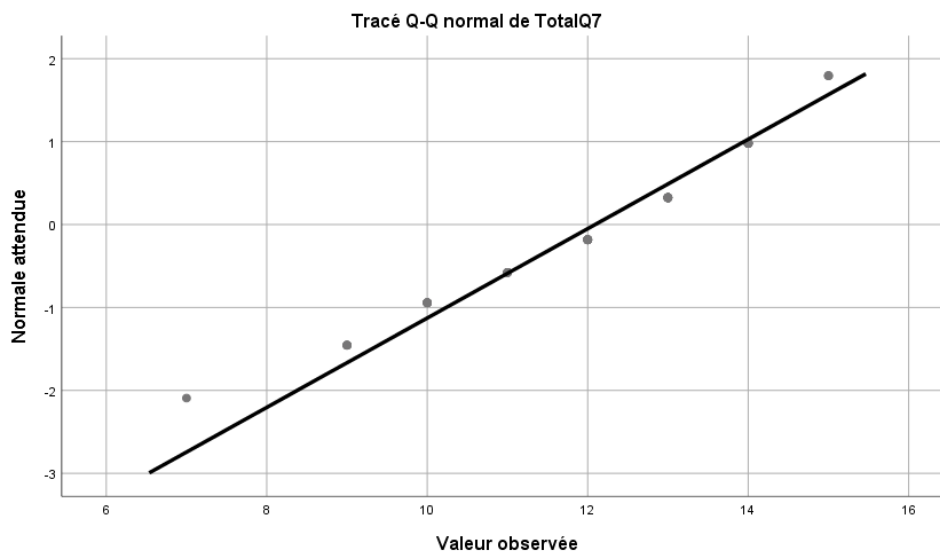
Après application des tests statistiques, nous pouvons conclure que le questionnaire 7 ne suit pas une loi normale ; la p-valeur étant de 0,001 ce qui implique un rejet de la normalité et après observation du boxplot et du QQ-plot présentés ci-dessous.

Figure n°19 : Boxplot pour les connaissances en nutrition



En observant le boxplot, nous pouvons voir une différence de taille entre les moustaches et que la médiane n'est pas centrée. Le boxplot présente donc une asymétrie, ce qui nous pousse à dire que la variable ne suit pas une loi normale.

Figure n°20 : QQ-plot pour les connaissances en nutrition



En regardant, la répartition des points, nous pouvons voir qu'ils ne se situent pas tous le long de la diagonale. De ce fait, nous pouvons bien dire que le questionnaire 7 ne suit pas une loi normale.

Nous pouvons donc conclure que les variables quantitatives suivantes : l'âge, le questionnaire 1, 2,3 et 5 suivent une loi normale puisque pour tous, 3 critères sur 4 sont, au minimum, remplis. Pour ces derniers des tests paramétriques seront effectués par la suite. Contrairement à cela l'IMC, le questionnaire 4, 6 et 7 quant à eux ne suivent pas une loi normale, ainsi donc des tests non paramétriques leur seront appliqué.

4. Calcul du Cronbach alpha

Une étape devant être effectuée au préalable de toutes analyses statistiques est le calcul de la cohérence interne (=fiabilité) des échelles ou questionnaires. Il existe diverses méthodes pour cela, mais celle que nous avons choisie d'utiliser est le Cronbach alpha. Elle permet de déterminer si les différents items d'un questionnaire évaluent bien un même concept. Nous avons donc calculé la cohérence interne des 7 questionnaires utilisés lors de ce mémoire dont voici les résultats ci-après.

Tableau n°6. Statistiques de fiabilité pour l'ensemble des questionnaires (Cronbach alpha) et l'erreur type de mesure

	Cronbach alpha	S.E.M. *	(IC) **	Plage
Q1 : Les croyances compensatoires	$\alpha = 0.747$	4.186	± 8.20	-34 à 34
Q2 : L'image corporelle	$\alpha = 0.954$	6.83	± 13.40	34 à 204
Q3 : L'estime de soi	$\alpha = 0.752$	1.38	± 2.70	10 à 40
Q4 : Le lieu de contrôle	$\alpha = 0.717$	5.56	± 10.89	24 à 144
Q5 : La stigmatisation	$\alpha = 0.839$	2.92	± 5.72	14 à 70
Q6 : Le sentiment d'efficacité personnel	$\alpha = 0.952$	10.69	± 20.95	0 à 400
Q7 : Connaissance en nutrition	$\alpha = 0.374$	1.46	± 2.86	0 à 16

Légende : S.E.M.* = l'erreur type de mesure ; ** = intervalle de confiance à 95% (= $\pm 1,96 \times \text{SEM}$)

Comme nous pouvons le constater dans le tableau ci-dessus, les questionnaires 1, 2, 3, 4, 5 et 6 présentent un Cronbach alpha supérieur à 0,7. Cette valeur élevée signifie que ces derniers ont une

bonne cohérence interne. En effet, plus la valeur α s'approche de 1, plus les items d'un même questionnaire sont homogènes. Ces résultats sont en cohérence (valeurs non semblables mais proches) avec ceux mentionnés dans les études sur les propriétés psychométriques des différents questionnaires (sauf pour le questionnaire n°4 pour lequel nous trouvons une valeur supérieure à celle de l'étude initiale).

Seul le questionnaire 7 présente un Cronbach alpha inférieur à 0,5 ($\alpha = 0.374$), ce qui désigne une cohérence interne insuffisante. Cela peut s'expliquer par le faible nombre d'items choisis, 11 uniquement sur un total de 58 items dans le questionnaire originel.

Gardons toutefois à l'esprit que le Cronbach alpha ne permet pas de préciser la fiabilité d'un score individuel. Par conséquent, nous avons également calculé l'erreur type de mesure (SEM). Il s'exprime dans les mêmes unités que celles des scores originaux. Nous l'avons calculé à l'aide de la formule suivante : $SEM = DS \cdot \sqrt{1 - \alpha}$. Il permet de déterminer l'intervalle de confiance à 95% autour d'un score individuel.

5. Test de corrélation de Spearman

Lors de notre phase exploratoire, nous avons voulu analyser la corrélation éventuelle entre les scores des différentes échelles. Pour cela, nous avons utilisé le test de corrélation de Spearman puisque certaines de nos variables ne présentent pas une distribution normale.

Pour débiter, au moyen du programme SPSS, nous avons calculé le coefficient de corrélation (r). Il s'agit là de corrélations observées. Ensuite, nous avons calculé les corrélations atténuées à l'aide de la formule suivante : $r(x, y) = \frac{r(x, y)}{\sqrt{\alpha(x) \cdot \alpha(y)}}$. En effet, si on veut pouvoir généraliser nos résultats, il faut impérativement tenir compte de la fiabilité imparfaite qui peut produire des corrélations imparfaites.

Tableau n°7. Corrélation non paramétrique de Pearson

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
Q1	Coefficient de corrélation	1	0.140	-0.058	0.292*	0.059	0.097	-0.317*
Q2	Coefficient de corrélation	0.165	1	-0.381*	0.377*	0.475*	-0.463*	-0.129
Q3	Coefficient de corrélation	-0.077	-0.449	1	-0.132	-0.109	0.584*	-0.121
Q4	Coefficient de corrélation	0.398	0.455	-0.179	1	0.304*	-0.166	-0.187
Q5	Coefficient de corrélation	0.074	0.530	-0.137	0.391	1	-0.185	0.098
Q6	Coefficient de corrélation	0.115	-0.485	0.690	-0.200	-0.207	1	0.036
Q7	Coefficient de corrélation	-0.599	-0.215	-0.228	-0.361	0.174	0.060	1

Légende : * = significatif ; corrélation observée = couleur rouge ; corrélation atténuée = couleur verte

Après comparaison, nous pouvons nous rendre compte que les valeurs des corrélations observées et atténuées sont très proches. Ceci tend à confirmer que les résultats sont robustes et donc généralisables. En effet, grâce à cette comparaison nous savons dorénavant avec certitude que les relations entre questionnaires ne sont pas le fruit du hasard. Nous interpréterons et discuterons l'ensemble des relations significatives dans la discussion.

6. Analyses bivariées

Avant de réaliser une analyse bivariée, nous nous sommes attelés à créer une nouvelle variable. En effet, notre objectif étant de mettre en lumière une variable susceptible d'influencer le recours aux croyances compensatoires, nous avons dû scinder notre échantillon en 2. A ce titre, nous nous sommes focalisés sur la variable principale de l'étude, les croyances compensatoires. Pour ce faire nous avons utilisé la méthode des tertiles en répartissant les patients selon le score obtenu au test sur les croyances compensatoires. Les résultats obtenus nous ont poussé à définir 2 tertiles (33% et 66%). Les patients appartenant au tertile supérieur représentent celles et ceux qui ont obtenu les plus hauts scores au questionnaire 1 et qui par voie de conséquence utilisent le plus souvent les croyances compensatoires. Inéluctablement, les patients n'appartenant pas à ce tertile, font partie des 2 tertiles inférieurs et sont ainsi les personnes ayant moins fréquemment recours aux croyances compensatoires. Approximativement, ces derniers doivent donc représenter respectivement 33% et 66% de l'échantillon. Après calcul, nous obtenons les résultats suivants : 15 personnes appartiennent au tertile supérieur ce qui représente 27,8% de l'échantillon. Corrélativement à ce résultat, 39 personnes n'appartiennent donc pas au tertile supérieur ce qui correspond respectivement à 72,2% de l'échantillon.

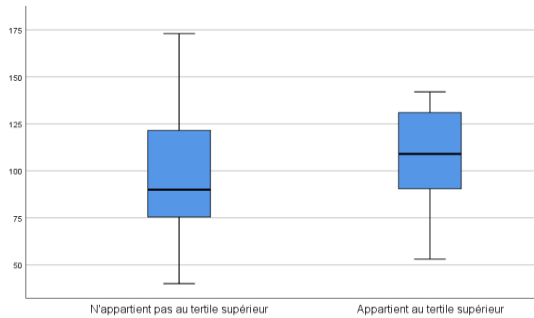
L'analyse bivariable nous a permis d'examiner l'association entre chacune des variables indépendantes et la variable dépendante (les croyances compensatoires) afin d'effectuer un tri des variables.

Tableau n°8. Variables susceptibles d'être associées à un usage plus important des croyances compensatoires (analyse bivariable)

Légende : 1= test T de student non pairé pour variance égale ; 2= Mann-Whitney ; 3= Chi carré

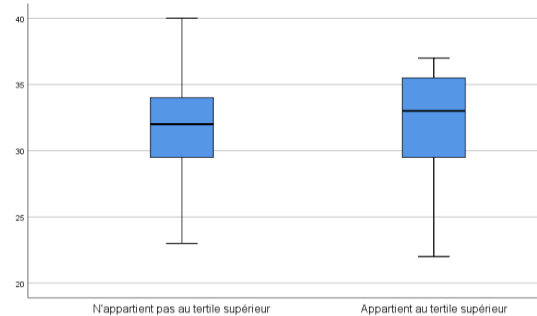
A l'inverse, notre étude n'a pas pu mettre en évidence de liens significatifs entre les autres variables et les croyances compensatoires. Pour appuyer nos propos nous avons comparé les boxplots entre le tertile supérieur (27,8%) et les 2 autres tertiles inférieurs (72,2%) et ce pour chaque questionnaire.

Q2 : l'image corporelle



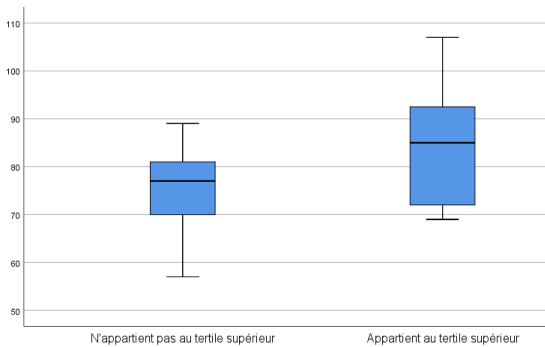
p-valeur = 0.51

Q3 : l'estime de soi



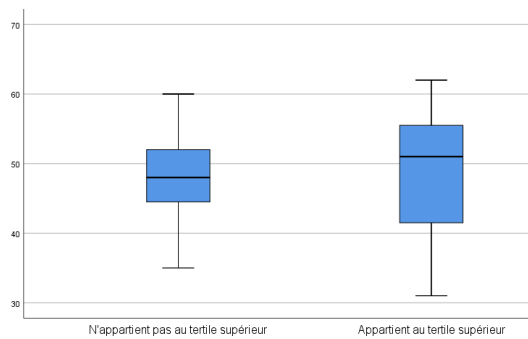
p-valeur = 0.76

Q4 : le lieu de contrôle



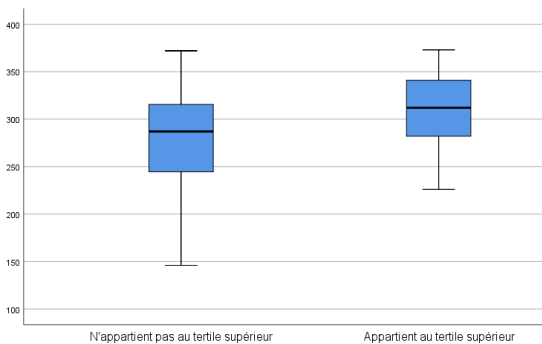
p-valeur = 0.51

Q5 : la stigmatisation



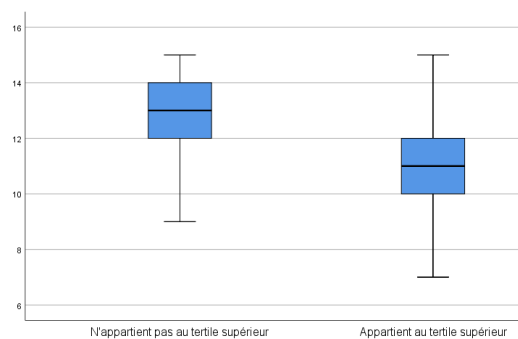
p-valeur = 0.91

Q6 : le sentiment d'efficacité personnel



p-valeur = 0.08

Q7 : connaissance en nutrition



p-valeur = 0.02

Grace à cette méthode, nous pouvons voir que les différences observées pour le questionnaire 7, ne sont pas dues aux données aberrantes (outliers).

7. Réponse à la question de recherche

Les analyses statistiques nous permettent d'apporter une réponse à la question de recherche de cette étude qui, rappelons-le, est la suivante : « Dans quelle mesure les croyances compensatoires sont-elles présentes dans un groupe de personnes en surpoids ou obèses en tentative de perte de poids ? »

Le niveau moyen de croyances compensatoires observé dans l'échantillon de personnes en surpoids et obèses est de -9,24 (pour un score pouvant aller de -34 à 34). Lorsque nous subdivisons l'échantillon en deux sous-échantillon distincts (appartenance au tertile supérieur et non appartenance au tertile supérieur), nous pouvons distinguer un niveau moyen de croyances compensatoires respectif de 0,8 et -13,10.

8. Analyse multivariée

Pour tenter d'appuyer les résultats ci-dessus, nous avons également effectué une autre analyse statistique. Il s'agit d'une analyse multivariée qui a été réalisée au moyen d'une régression logistique multiple. Par soucis de justesse, seules les variables indépendantes ayant présentés un effet significatif lors de l'analyse bivariée ont été introduites dans l'analyse multivariée. Ce modèle d'analyse permet de mesurer l'association entre une variable et des facteurs susceptibles de l'influencer.

Tableau n°9. Association entre les croyances compensatoires (tertile supérieur) et d'autres variables (régression logistique)

	Modèle 1	Modèle 2
Age	0.93* (0.87-0.99) **	0.92* (0.86-0.99) **
Questionnaire 7 :		
Connaissance en nutrition		0.57* (0.36-0.91) **

Légende : * = Rapport de cote ; ** = intervalle de confiance à 95%

Si l'on souhaite interpréter les résultats présentés ci-dessus ; nous devons nous assurer que les rapports de cotes (=mesure d'association) soient différents de la valeur de 1, ce qui signifierait une absence d'effet. Par ailleurs, plus ces derniers ont une valeur éloignée de 1, plus l'effet de la variable est grand. Nous pouvons observer qu'uniquement deux facteurs sont significativement associés à un recours accru aux croyances compensatoires (p-valeur significative car <0,05). Si l'on considère les rapports de cotes pour l'âge, nous pouvons constater qu'ils sont inférieurs à 1 ce qui indique que cette variable a un effet, mais minime, car les valeurs respectives de 0,93 et 0,92

sont proches de 1. Si l'on regarde maintenant le questionnaire 7, nous pouvons constater que le rapport de cote est inférieur à 1 ce qui signifie que cette variable a également un effet. Ce dernier a un effet plus prononcé que pour l'âge puisque la valeur de 0,57 est plus éloignée de 1 que les rapports de cotes pour l'âge.

Pour apprécier la significativité statistique, en plus de la p-valeur, nous pouvons également porter attention aux intervalles de confiance. Nous pouvons voir qu'aucun d'entre eux ne contient le chiffre 1, cela signifie donc que c'est significatif.

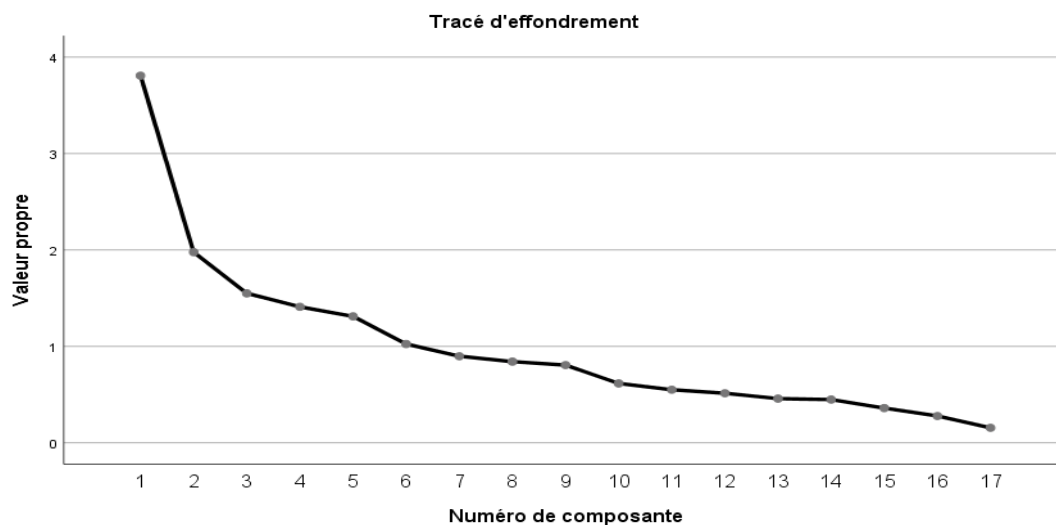
L'analyse des diverses variables fut limitée du fait de la taille réduite de l'échantillon (n=54) ce qui a occasionné une puissance des tests statistiques plus faible. Ajouté à cela, le potentiel biais de sélection rend la précision des mesures moindre.

9. Analyse factorielle

La dernière méthode employée dans ce travail est l'analyse factorielle exploratoire dans le but d'explorer la dimensionalité du construit mesuré par l'échelle principale de cette étude, c'est-à-dire, le construit intitulé « les croyances compensatoires ». La méthode utilisée est une "analyse par composantes principale », suivi d'une optimisation par rotation Varimax. Au préalable, nous avons effectué le test de sphéricité de Barlett pour lequel nous avons obtenu une p-valeur significative (0.0001). De ce fait, nous pouvons donc poursuivre l'analyse.

Nous allons tout d'abord commencer par analyser le tracé d'effondrement qui représente la variance associée à chaque facteur d'un questionnaire.

Figure n°21. Tracé d'effondrement du questionnaire sur les croyances compensatoires



Lorsque nous examinons le tracé d'effondrement présenté ci-dessus, nous pouvons constater qu'après la sixième dimension, le tracé s'affaisse et que la variance associée aux autres facteurs devient très faible.

D'après les analyses statistiques menées sur le logiciel SPSS, nous avons pu observer que les 6 premières dimensions du questionnaire expliquent 65% de la variance du modèle. Nous mettrons en perspective ces résultats avec ceux de la littérature dans la discussion. Dans le tableau présenté ci-après, nous pourrions visualiser le poids des questions sur chaque dimension.

Tableau n°10. Matrice des composantes du questionnaire des croyances compensatoires

	1	2	3	4	5	6
Q1q1	0.574	-0.123	-0.207	0.091	0.090	0.589
Q1q2	0.444	-0.427	-0.037	-0.074	-0.286	-0.055
Q1q3	0.402	-0.489	-0.032	0.387	0.175	0.080
Q1q4	0.490	0.515	0.028	0.326	-0.297	0.078
Q1q5	0.556	0.018	0.422	-0.412	-0.113	0.175
Q1q6	0.378	0.262	0.029	-0.569	0.282	0.285
Q1q7	0.714	0.137	-0.059	-0.094	-0.133	0.007
Q1q8	0.085	0.576	-0.130	-0.207	0.405	-0.290
Q1q9	0.679	-0.103	0.329	-0.129	0.342	-0.261
Q1q10	0.512	0.367	-0.067	-0.044	-0.433	-0.304
Q1q11	0.466	-0.179	-0.075	0.435	0.157	0.094
Q1q12	0.530	-0.173	-0.517	-0.298	0.027	0.034
Q1q13	0.517	-0.248	-0.035	0.153	0.522	-0.386
Q1q14	-0.072	0.606	0.072	0.273	0.348	0.352
Q1q15	0.467	0.217	-0.526	0.125	-0.247	-0.113
Q1q16	0.336	0.379	0.257	0.430	0.009	-0.091
Q1q17	0.295	-0.170	0.714	-0.009	-0.210	0.035

Les résultats du précédent tableau nous permettent d'interpréter le rôle de chaque question (variable) dans la représentativité de chaque dimension. Les valeurs indiquent le degré de correspondance entre ces deux dimensions, plus le chiffre est élevé, plus la variable est représentative de la dimension.

III. DISCUSSION ET LIMITES

En nous référant au cadre théorique de ce mémoire, à la littérature et à nos hypothèses de recherches, nous allons tenter, dans ce chapitre, d'interpréter les principaux résultats statistiques obtenus. Plus particulièrement, nous les discuterons et tenterons de les mettre en lien avec nos objectifs de départ. Dans un second temps, nous nous attèlerons à présenter les limites de l'étude notamment concernant l'échantillon, le questionnaire et les conditions expérimentales. Ensuite, nous soulignerons les apports de cette étude et proposerons des applications futures. Enfin, nous terminerons cette partie avec une conclusion.

1. Discussion des principaux résultats et mise en perspective avec la littérature

Lorsque nous avons effectué la revue de la littérature présentée ci-avant, il s'est avéré qu'aucune étude déjà préexistante n'ait analysé les croyances compensatoires sous cet angle, en utilisant des hypothèses et une méthodologie semblable. Néanmoins, malgré notre incapacité à confronter nos résultats à ceux d'études analogues, nous nous reposerons sur les quelques études menées sur le sujet pour comparer les résultats obtenus.

Ce mémoire se voulait exploratoire et souhaitait au travers de ces objectifs, déterminer si la présence de facteurs spécifiques dans un groupe de personnes en surpoids ou obèses en tentative de perte de poids avait un effet sur le recours aux croyances compensatoires et à leur présence plus ou moins importante.

Notre propos sera structuré comme suit : tout d'abord nous discuterons les deux variables qui se sont révélées être statistiquement significatives précédemment, ensuite nous aborderons les facteurs testés non significatifs lors des analyses, dans un troisième temps nous reviendrons sur les quelques points de la partie « résultats » intéressants à soulever et nous terminerons notre propos par une brève réflexion éthique.

1.1. Variables statistiquement significatives

Les résultats nous ont permis de mettre à jour une différence d'âge moyen entre les deux sous-groupes que nous comparions, c'est-à-dire, entre les personnes ayant obtenu un score élevé au test sur les croyances compensatoires et celles ayant obtenu un score plus faible. Ce constat pourrait être expliqué et interprété (entre autres) via les recherches conduites par le groupe de recherche « Média et Santé » de l'Université du Québec. Selon ce groupe, les médias représentent des sources non négligeables d'influence. Ils peuvent notamment avoir un effet direct sur les croyances des

individus. Ceci pouvant peut-être expliquer que les tranches d'âge plus jeunes ait plus souvent recours aux croyances compensatoires au vu de leur exposition plus importante aux divers médias. Une revue systématique a réussi à mettre en lumière un lien entre le degré d'exposition aux médias et l'obésité des enfants et adolescents. Tout ceci nous pousse à nous questionner si un tel lien ne pourrait également pas concerner les adultes et par voie de conséquence avoir une influence sur leurs croyances. [103]

Selon une enquête menée en Italie auprès de personnes en surpoids et obèses, la tranche d'âge des 41-60 ans a été 74% plus performante que la tranche d'âge plus jeune concernant les connaissances et les croyances sur l'alimentation. Ce résultat va dans le même sens que celui que nous avons pu trouver. [102] Toutefois ces résultats vont à l'encontre de ceux trouvés par Radtke et Rackow en 2014 dans une étude portant sur les croyances compensatoires en santé et qui eux n'ont trouvé aucune corrélation avec l'âge. [92]

Lors de nos analyses, nous avons pu mettre en évidence un lien significatif entre le niveau de connaissance en matière d'alimentation (questionnaire 7) et le score obtenu au questionnaire sur les croyances compensatoires (p -valeur = 0,02). En effet, les résultats dévoilent le fait que les personnes qui ont le plus recours aux croyances compensatoires ont de moins bonnes connaissances en matière d'alimentation. Une explication potentielle à cette observation peut notamment être amenée par Le Barzic : « *quand une personne décide de perdre du poids, il cesse de sélectionner sa nourriture en fonction du plaisir qu'elle va lui procurer et détermine ses choix à partir de ce qu'il sait ou croit savoir des propriétés diététiques des aliments* ». [96] En pratique, c'est un constat qui peut facilement et fréquemment être fait. Les personnes désirant perdre du poids se retrouvent tiraillées entre un nombre impressionnant de régimes possibles présentant tous des habitudes de consommations alimentaires différentes et des listes d'aliments « bons », « mauvais » et « interdits » divergentes ce qui peut amener les individus à être confus vis-à-vis des propriétés diététiques des aliments. Ceci pouvant peut-être apporter une piste explicative des mauvaises connaissances en matière d'alimentation des personnes en tentative de perte de poids et ayant recours aux croyances compensatoires. Kronick et Knaüper corroborent ces dires en expliquant que les personnes aux régimes peuvent avoir un manque de connaissances de la teneur en calories des aliments. [82] En regard de ce qui précède, nous sommes en droit de nous questionner sur le potentiel lien entre un niveau faible de connaissances pouvant être occasionné par la profusion d'informations erronées véhiculées par les pratiques amaigrissantes, le nombre de moyens déjà utilisés pour perdre du poids et l'âge du premier régime. En effet, un jeune âge pour le premier

régime suppose un plus grand nombre de tentatives de perte de poids dans le temps et un nombre de moyens utilisés plus importants pouvant donc ainsi potentiellement donner lieu à de plus faibles niveaux de connaissances en matière d'alimentation. Toutefois, ceci n'étant que supposition et restant par conséquent encore à vérifier.

Pour finir, ces informations sont à mettre en lien avec ce que Parmenter, Waller et Wardle ont pu identifier. Ces derniers sont parvenus à mettre en évidence des différences significatives dans le niveau de connaissances en nutrition entre les groupes de personnes ayant un niveau d'éducation élevé et faible. Les raisons possibles de cette différence est la présence d'inégalités socio-économiques de santé. [97] Toutefois, selon nos résultats et pour notre échantillon, le niveau de connaissances en nutrition ne dépendrait pas que du niveau d'éducation, puisque l'on peut observer un haut niveau d'éducation et malgré tout la présence de croyances compensatoires en lien avec de mauvaises connaissances en matière d'alimentation. Il serait cependant pertinent de confronter ces résultats avec un échantillon de personnes présentant un niveau d'éducation moindre puisque le niveau d'éducation de notre échantillon est majoritairement élevé.

1.2. Variables statistiquement non significatives

Afin de mener à bien notre réflexion, nous allons maintenant nous intéresser aux variables qui lors de l'analyse statistique se sont révélées être non significatives. Pour ce faire, notre propos se subdivisera en 2 parties : premièrement, nous discuterons les résultats dits « inattendus », ensuite nous nous attarderons sur les autres résultats (toujours non significatifs) mais pouvant être mis en relation avec des données similaires et contraires dans la littérature.

Entamons cette réflexion en discutant une composante du modèle théorique des croyances compensatoires présentée ultérieurement dans ce travail (figure n°1), le sentiment d'efficacité personnel (=self-efficacy). Au niveau des résultats obtenus lors de cette étude, nous avons été surpris d'observer qu'aucun lien entre le sentiment d'efficacité personnel et les croyances compensatoires (p -valeur = 0.08) n'ait pu être mis en évidence. Ce résultat va à l'encontre de ceux de Knäuper et al. en 2004, de Rabiau, Knäuper et Miquelon en 2006 et d'autres. [50, 81] Epinglons le fait que Rabiau et al (2006) corroborent notre hypothèse de recherche en affirmant que les personnes ayant un faible niveau de sentiment d'efficacité personnel sont plus susceptibles d'avoir recours aux croyances compensatoires. [81] Une étude menée par Taut et Baban en 2008 suggère que les croyances compensatoires et le sentiment d'efficacité personnel comptent pour 55% dans la variance du modèle de prédiction du comportement alimentaire. [98] Une hypothèse explicative peut être émise quant au fait que les résultats aient été différents de ceux retrouvés dans la

littérature. L'échelle utilisée dans notre étude n'est pas la même que celles mentionnées dans la littérature. Elle diverge également par rapport à la langue du questionnaire utilisée étant respectivement en français pour notre étude et en anglais pour la littérature scientifique. [98, 91] Les propriétés psychométriques (cohérence interne, validité, fidélité test-retest, ...) des échelles pouvant être différentes, cela est susceptible d'influencer les résultats obtenus lors des analyses statistiques.

Revenons-en, dans un second temps, au score obtenu par notre échantillon au questionnaire sur les croyances compensatoires. Les résultats indiquent un score moyen de -9,24 pour un échantillon de personnes en surpoids et obèses. En regard de l'échelle et de sa cotation (-34 à +34), cette moyenne se situe dans la partie basse. Ces résultats sont divergents de ceux observés par Malgorzata Obara-Golebiowska et Katarzyna Eufemia Przybylowicz en 2015 dans un article sur l'association entre l'obésité et les croyances compensatoires liées à l'alimentation. Ces derniers ont mis en évidence, dans un échantillon de femmes en surpoids et obèses, des scores plus élevés. Les résultats de cette étude indiquent que 22,2% d'entre elles ont obtenu des scores élevés (moyenne de 4,17) et 69,9% des scores moyens (moyenne de 3,29). Seul 8,76% des femmes ont eu un faible score au questionnaire (moyenne de 2,14). [88] Knäuper et al. en 2004, ont quant à eux trouvé un résultat moyen pour les personnes en surpoids et obèses plus proche du nôtre que la précédente étude. Ils ont obtenu un score de -11,74 (donc légèrement inférieur au nôtre). Pour ce qui est du score des personnes ayant un IMC normal, ces derniers ont recensé une moyenne de -15,54. [50, 94].

Nous pouvons donc constater que les scores moyens obtenus pour les personnes en surpoids et obèses sont parfois forts différents entre les études (-9,24 > 3,29 > -11,74) malgré l'utilisation de la même échelle.

Nous pouvons donc observer des scores moyens plus élevés que celui obtenu dans ce travail. Cependant, ces différences peuvent s'expliquer. Rappelons que notre échantillon comporte à la fois des hommes et des femmes contrairement à celui de l'étude précitée. Aussi est-il intéressant de mettre ce constat en relation avec une hypothèse retrouvée dans la littérature qui est que les femmes pourraient être soumises à une plus forte pression sociale pour remplir les critères actuels de beauté actuel (liés à l'apparence et au poids). De ce fait, cela les mènerait plus aisément dans un état de dissonance cognitive et donc à recourir plus fréquent aux croyances compensatoires. [89, 92] Ces propos sont corroborés par d'autres recherches sur le sujet qui mentionnent elles aussi un score au test de croyances compensatoires plus élevé pour les femmes que pour les hommes. Toutefois, la

littérature n'est pas univoque à ce sujet. En effet, une première recherche suggère que les hommes ont un score plus élevé que les femmes. [93] Une autre étude suggère quant à elle qu'il n'y a pas de différence significative entre les sexes en ce qui concerne les croyances compensatoires. [90] Pour en revenir au mémoire et plus spécifiquement au lien éventuel entre le sexe et les croyances compensatoires, nos résultats vont dans le même sens que la dernière étude citée. En effet, nos tests statistiques n'ont pu mettre en évidence aucun lien entre ces deux variables.

Par ailleurs, il existe, selon la littérature, une différence de scores sur l'échelle de croyances compensatoires entre les personnes ayant un IMC normal et celle ayant un IMC supérieur à ≥ 25.00 kg/m² (surpoids et obèse). Selon les résultats obtenus dans notre étude, aucun lien statistiquement significatif n'existerait entre l'IMC et les croyances compensatoires (p-valeur de 0.83). Ce résultat vient soutenir ce qui a déjà pu être mis en évidence dans le travail de recherche d'Elena te Wilde en 2013 et par la recherche de Lavins en. 2013 [89, 94] Il est cependant utile de mettre ces chiffres en relation avec le concept de désirabilité sociale et le biais que peut engendrer la récolte de données auto-rapportées. En effet, une raison possible qui expliquerait qu'aucune corrélation n'a été trouvée est que les gens pourraient avoir tendance à fournir un poids et une taille différents ; plus socialement acceptable ou souhaitable de la réalité et ainsi donc biaiser les résultats. Typiquement, les hommes surestiment en moyenne leur taille de 1cm et les femmes de 0.5cm. La taille autodéclarée est donc en moyenne supérieure à 0.7cm à celle mesurée. Avec l'âge, cette tendance à surestimer la taille augmente. La surestimation varie également selon l'IMC des individus. En effet, les personnes ayant un IMC qualifié de « normal » (selon la classification de l'OMS) autodéclaraient une taille identique à celle mesurée tandis que les personnes ayant un IMC supérieur à 25Kg/m² avaient tendance à surestimer leur taille. A propos du poids, on peut observer la tendance inverse. Effectivement, les poids autodéclarés sont en moyenne inférieurs à ceux mesurés de 2.1Kg. Cette propension est, d'ailleurs, plus marquée chez les femmes (± 2.5 Kg) que chez les hommes (± 1.8 Kg). De manière analogique à la taille, chez les personnes ayant un IMC dit « normal », on n'observe pas de différences significatives entre la taille autodéclarée et celle mesurée. En revanche, les individus présentant un IMC supérieur à 25Kg/m² avaient tendance à sous-estimer leur poids. [64]

Toutefois, ces résultats sont contraires à ceux trouvés dans d'autres études. En effet, l'observation des données de Knäuper et al. (2004) a pu mettre en évidence que les individus présentant un IMC

supérieur ou égal à 27 (seuil déterminé par les auteurs pour le surpoids et l'obésité) avaient des niveaux significativement plus élevés au test de croyances compensatoires que ceux dont l'IMC était inférieur à 27 [50, 94]. Marjorie Aude Rabiau en 2006, va également dans le même sens en affirmant la mise en évidence d'une telle différence entre les IMC. [93]

Un autre aspect que nous souhaitons discuter est celui de la surreprésentation des femmes (43) dans notre échantillon par rapport aux hommes (11). Cette prévalence féminine plus importante peut notamment trouver une explication dans les chiffres que nous présente HISIA (Belgian Health Interview Survey – Interactive Analysis). Cette étude souligne que sur une période allant de 1997 à 2013, le nombre de femmes se rendant chez un(e) diététicien(ne) est chaque fois significativement supérieur au nombre d'hommes.

Pour finir, nous souhaitons discuter du niveau d'éducation de notre échantillon. En effet, nous nous interrogeons sur l'existence d'un lien entre ce dernier et l'adhérence à l'étude. En effet, nous pensons que le niveau d'éducation des individus pourrait expliquer la plus grande compliance de ceux-ci à participer à l'étude. Ce postulat est notamment basé sur la recherche de Cottin et al. (2012) qui citent différentes variables influençant l'adhérence dont le niveau d'éducation. [104] De plus, nous savons par les diététiciennes participant à l'étude que les patient(e)s ayant accepté(e)s de participer à l'étude étaient des personnes en suivi depuis plusieurs séances et donc potentiellement plus compliantes et peut-être plus susceptibles de participer à l'étude. Ceci pouvant expliquer que notre échantillon soit composé à 78,8% de personnes ayant un niveau d'éducation élevé.

1.3. Autres résultats

Nous allons maintenant nous intéresser à quelques points mis en exergue dans la partie « résultats ».

Premièrement, en ce qui concerne la validité interne des questionnaires, tous obtiennent un bon score au test du Cronbach alpha (ce qui est un point positif) sauf le questionnaire n°7 sur les connaissances en nutrition. La sélection de seulement 11 questions sur les 58 originelles explique très certainement ce faible niveau de validité.

Discutons ensuite le Cronbach alpha de notre questionnaire principal. Celui que nous avons obtenu est d'une valeur de 0.747. Ce résultat est très proche de celui que nous pouvons retrouver dans

l'article présentant les propriétés psychométriques du test sur les croyances compensatoires ($\alpha = 0.80$). [50] Cette quasi homologie des résultats nous a conforté dans l'utilisation de ce questionnaire.

Dans le même ordre d'idée, nous pouvons apprécier les similitudes de l'analyse factorielle réalisée dans notre étude et dans l'étude originelle. En effet, les résultats obtenus par Knäuper, Rabiau, Cohen et Patriciu en 2004 émettent que les 6 premières dimensions du modèle expliquent 48,8% de la variance. [50] Selon notre analyse, les 6 premières dimensions expliqueraient 65% de la variance. La légère différence pourrait s'expliquer par le fait que dans l'étude originale 26 items étaient utilisés or la version du questionnaire que nous avons employé en comportait 17.

Attardons-nous ensuite sur les résultats significatifs des corrélations observées et présentées dans le tableau n°9. Nous ne reviendrons pas sur la corrélation entre les croyances compensatoires élevées et un niveau faible de connaissances en alimentation qui a déjà été discutée ci-dessus. En ce qui concerne les 6 autres, nous présenterons des pistes d'explications potentielles.

La première corrélation que nous pouvons relever est celle entre un score élevé de croyances compensatoires et un lieu de contrôle interne. Il se pourrait que les personnes avec une tendance à s'attribuer la cause des événements qui surviennent pensent pouvoir atteindre leurs deux objectifs (se faire plaisir en matière d'alimentation et perdre du poids) qui sont sources, rappelons-le du recours aux croyances compensatoires. Ainsi donc comme l'individu pense qu'il existe un lien de causalité entre son action et sa performance, il « succomberait » à son envie alimentaire tout en prévoyant de le compenser ultérieurement pour atteindre son objectif de santé. Toutefois, comme nous l'avons vu dans la littérature, le comportement compensatoire est rarement effectué.

Une deuxième corrélation mise en lumière est une relation inverse entre une haute estime de soi et une mauvaise image corporelle de soi-même. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'estime de soi ne se détermine pas seulement par notre apparence physique. L'estime de soi peut être notamment influencée positivement par divers facteurs comme les valeurs, le travail, les habiletés sociales, les réussites, etc...

La troisième corrélation observée est celle d'une bonne image corporelle et un haut sentiment de stigmatisation. Ce constat pourrait trouver une explication dans le fait que les personnes soient conscientes des préjugés/critiques proférées à l'égard des personnes en surpoids ou obèses (et les

aient mentionnées dans le questionnaire) mais arrivent malgré tout à en faire abstraction et à avoir une bonne image d'elles-mêmes.

En quatrième lieu, considérons la corrélation inverse entre une bonne image corporelle et un faible sentiment d'efficacité personnel. Une hypothèse explicative pourrait être qu'un faible sentiment d'efficacité personnel s'installe dû aux échecs à répétition lors de tentatives précédentes de perte de poids. Malgré cela, les individus pourraient entamer un travail (une réflexion) sur la perception et l'acceptation d'eux même et de leur image corporelle lors des consultations. Ceci pouvant peut-être expliquer un bon résultat au questionnaire sur l'image corporelle. Toutefois, cette corrélation est inverse à celle que l'on peut habituellement trouver dans la littérature. En effet, l'insatisfaction corporelle et un faible sentiment d'efficacité personnel seraient fortement en lien et associés aux troubles du comportement alimentaire. [107]

La pénultième corrélation mise en lumière est celle d'une haute estime de soi et d'un haut sentiment d'efficacité personnel. Cette relation pourrait trouver une explication dans le fait que l'on puisse développer son estime de soi au travers du sentiment d'efficacité personnel. Ce deux facteurs seraient donc interreliés et cela pourrait ainsi justifier la mise en évidence d'un lien entre ces deux variables.

Pour finir, intéressons-nous à la corrélation entre un fort sentiment de stigmatisation et un lieu de contrôle interne (= avoir l'impression d'être à l'origine de ce qui nous arrive). Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que les personnes stigmatisées peuvent intérioriser les messages/préjugés sociétaux négatifs à leur égard et se croire ainsi responsable de ce qui leur arrive.

Ces 6 hypothèses explicatives pourraient faire l'objet de futures recherches et d'approfondissements en vue d'être étayées.

1.4. Réflexion éthique

Le dernier point de ce chapitre est l'occasion pour nous de réaliser une brève réflexion éthique sur ce qui s'est joué, dans ce mémoire, pour l'ensemble des stakeholders.

Il a tout d'abord été question d'appliquer au mieux le principe de non malfaisance dans notre contexte. Pour ce faire, lors de la création du dossier de questionnaires et de la brochure d'informations aux patients, nous avons veillé au choix des mots utilisés afin de ne pas stigmatiser, occasionner un sentiment de culpabilité ou autre. Nous avons également pris soins de rendre

anonyme la participation des diététicien(ne)s et des patient(e)s afin de préserver la vie privée, la confidentialité des réponses et la relation soignant-soigné.

Comme cela a déjà pu être mentionné ultérieurement, nous nous sommes engagés à proposer un feedback aux participants. Nous souhaitons que ce dernier soit personnalisé afin de rendre chaque prise en charge individuelle et flexible sans donner d'informations collectives et/ou trop générales qui ne correspondraient pas aux besoins de tous. En effet, lors d'un suivi diététique, les patients ont tous des besoins, des attentes et un projet différents ce qui oblige une personnalisation de la prise en charge.

2. Limites et points forts de l'étude

2.1.Limites et points forts de l'échantillon

Tout d'abord intéressons-nous aux limites que présente notre échantillon. L'étude que nous avons menée portait sur un échantillon de 54 personnes en surpoids ou obèses. La première chose que nous pouvons en dire est qu'il aurait été préférable d'avoir un échantillon plus grand pour que ce dernier soit plus représentatif de la population. De plus, cela nous aurait également permis de renforcer le pouvoir des tests statistiques utilisés. Un second point que nous pouvons également relever est que cet échantillon est composé majoritairement de femmes (43). De surcroît, 78,8% de notre échantillon présentent un niveau d'éducation élevé (minimum un bachelier). A cela s'ajoute aussi le fait que nous n'avons pas pu éviter le biais de sélection. En effet, en ce qui concerne le caractère aléatoire de l'échantillon, nous pouvons noter ceci : malgré que les diététiciennes aient proposé aux patients de participer à l'étude selon l'ordre de leurs rendez-vous, il se peut néanmoins que ce ne soit que les patients les plus motivés et compliants qui aient accepté de participer. De ce fait, et au vu de ce qui précède, les participants à l'étude ne constituent, probablement pas, un groupe représentatif de la population étudiée. Par conséquent, l'ensemble des résultats sont à prendre avec beaucoup de précaution et ne sont pas généralisables.

Un autre biais lié cette fois-ci à notre échantillon de diététicien(ne)s est celui du choix de passer par l'UPDLF. Celui-ci constitue un biais car il ne présente pas une liste exhaustive de tous les diététicien(ne)s exerçant sur le territoire belge. Malgré cela, il s'avérerait être pour nous le meilleur moyen d'obtenir une liste de professionnels sur l'ensemble du territoire francophone belge. En outre, recourir à cette asbl nous garantissait une sécurité quant au respect des exigences requises pour l'exercice de la profession. En effet, cet intermédiaire nous permettait d'éviter l'ensemble des

charlatans (nutrithérapeute, placardologue, coach en amaigrissement, ...) qui opèrent dans ce domaine. Cet intermédiaire était également pour nous l'occasion de ne pas nous limiter aux diététicien(ne)s de Bruxelles. La liste que nous avons établie balayait un large territoire (province du Brabant wallon, du Hainaut, de Namur, de Liège, de Luxembourg et Bruxelles capitale).

2.2. Limites et points forts du questionnaire

Revenons à présent sur les limites que peut présenter notre dossier de questionnaires. Premièrement, nous avons souhaité pour cette étude utiliser des questionnaires. Un problème que l'on peut rencontrer lors d'une enquête par questionnaires, particulièrement celle ayant trait à des questions sensibles et/ou gênantes et/ou personnelles (ce qui est le cas dans cette étude), est que les participants fournissent des réponses socialement acceptables et souhaitables. De ce fait, cela peut induire des erreurs de mesures dans l'analyse des résultats en surestimant ou sous-estimant des réponses. Pour tenter de faire face à ce type d'erreur, nous avons pris une série de décisions. Premièrement, celle que les questionnaires choisis soient auto-administrés. L'absence de l'enquêteur permet de réduire l'influence de celui-ci sur les réponses données et notamment de diminuer les effets de désirabilité sociale. La désirabilité sociale représente « la tendance des personnes interviewées à vouloir donner une bonne image d'elles-mêmes ou à répondre de la façon la plus proche possible de ce qu'elles considèrent être la norme sociale » [85]. Les participants seront ainsi plus susceptibles de répondre honnêtement aux questions avec des questionnaires auto-administrés. [85] Deuxièmement, nous avons veillé à insister sur le caractère confidentiel des réponses données. Troisièmement, nous avons précisé dans les textes d'introduction des questionnaires, qu'il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise réponse.

A ce propos, revenons-en au caractère auto-administré des questionnaires. Il présente de nombreux avantages comme l'anonymat, la flexibilité, le facteur temps, la non interférence de l'interviewer, ... Toutefois, il existe des biais associés à ce type de méthode. Selon un article de Shields M., Connor Gorber S. et Tremblay M. parut en 2008, la majorité des études à ce sujet concluent que les données autodéclarées sous-estiment le poids et surestiment la taille.

En ce qui concerne ce travail, les diététicien(ne)s ont tous vérifié au préalable le respect du critère de l'IMC avant d'inclure un(e) patient(e) à l'étude. Néanmoins et malgré cela, les données (poids et taille) sont auto relatées par les patients eux-mêmes et nous ne pouvons pas, avec certitude, écarter la présence d'un biais éventuel.

Une autre limite que l'on peut facilement concevoir lors de l'utilisation d'un questionnaire auto-administré est celle de la compréhension et de l'interprétation différentes des questions. Cependant, malgré les désavantages certains des questionnaires auto-administrés, ces derniers semblent rester la meilleure alternative pratico-pratique pour notre étude.

Un autre point à aborder qui est le mode d'évaluation. Celui utilisé dans les questionnaires est du type « échelle de Likert ». L'inconvénient de ce dernier est qu'il est sensible au phénomène de désirabilité sociale évoqué précédemment. Un nombre trop important de propositions peut également altérer la compréhension des nuances entre elles et ainsi rendre le choix plus ardu.

Pour finir, le caractère unilingue du questionnaire (français) peut également constituer une limite à cette étude. De même que la longueur importante du dossier de questionnaires qui a été un frein à la participation de certaines personnes et dont nous avons conscience dès le début de l'étude.

2.3.Limites et points forts des conditions expérimentales

Amorçons cette dernière partie en pointant du doigt le fait suivant : il s'agit de la toute première étude de cette ampleur, avec un tel angle de recherche sur le sujet mais également avec autant de caractéristiques étudiées et mises en parallèle.

Abordons tout d'abord les inconvénients d'une étude transversale qui est rappelons le, le choix que nous avons fait pour ce mémoire. Même si les avantages sont certains et multiples (ne nécessite aucun suivi des participants dans le temps, a un coût de réalisation faible, permet l'obtention de résultats rapides, ...) ; la faiblesse principale de ce type d'étude est qu'aucune notion causale ne peut être établie entre le phénomène étudié et les facteurs associés. [54] Les limites méthodologiques restreignent donc la portée des résultats et par conséquent leurs interprétations.

Un autre point qu'il semble pertinent d'aborder est celui de la sollicitation des professionnels de santé pour avoir accès aux bénéficiaires directs de l'étude (les patients). Une modalité requise par le comité éthique était que les questionnaires devaient être complétés dans la salle d'attente des diététicien(ne)s avant ou après une consultation (et non au domicile) pour rentrer dans le cadre déontologie de ce mémoire et de cette étude. En pratique, il s'est avéré impossible de vérifier que cet aspect ait été respecté à la lettre et qu'aucun questionnaire n'ait été rempli au domicile des patients. En effet, il pouvait être contraignant pour les patients lors d'une consultation d'y arriver plus tôt ou d'y rester plus longtemps pour compléter le dossier après la consultation. Cependant, la

sollicitation des professionnels a des avantages. Elle était notamment susceptible d'augmenter la probabilité de réponses favorables des personnes à participer au vu de la relation de confiance instaurée par le professionnel de santé.

3. Apports pour la pratique et recherches futures

Le nombre encore peu important d'études sur le sujet ainsi que l'absence de consensus sur certains aspects de la recherche ayant trait aux croyances compensatoires, mettent en avant l'intérêt de ce mémoire. Bien que les résultats obtenus n'aient pas été ceux escomptés et qu'ils n'aient pas permis de tirer un grand nombre de conclusions, ce travail a néanmoins permis d'élargir les horizons et les pistes de réflexion sur le sujet. Pour cela nous allons repartir des 2 principaux résultats significatifs ressortis lors de l'analyse statistique.

Nous avons pu mettre en lumière pour la première fois un lien entre le niveau de connaissances en matière d'alimentation et l'usage plus ou moins important de croyances compensatoires. D'après nos recherches, à ce jour, aucune autre étude sur le sujet n'a déjà obtenu un tel résultat. Ce résultat est donc d'une importance capitale pour la pratique, quand on sait que la prise en charge du surpoids et de l'obésité est compliquée et obtient des résultats peu satisfaisants sur le long terme. Cela implique donc les acteurs pluridisciplinaires et notamment les diététicien(ne)s qui œuvrent et tentent d'aider les personnes à atteindre leurs objectifs de perte de poids. [6] En pratique, ce constat pourrait être vu comme un nouvel angle à apporter à la prise en charge et le suivi des patients. Les diététicien(ne)s pourraient prendre le temps de déconstruire les fausses croyances alimentaires et pallier au manque de connaissances des individus concernant la nutrition. Pour ce faire, il pourrait être aussi intéressant de passer par un intermédiaire. Celui auquel nous avons pensé est un axe précis des interventions en éducation pour la santé, il s'agit des représentations en santé. [33, 95] En effet, face aux croyances, normes, valeurs, courant de pensées et dictas que nous véhicule la société actuelle, les individus se construisent un système de représentations sociales. Le domaine de la santé n'échappant, bien évidemment, pas à cette règle. De plus, d'après Christine Jeoffrion, notre système de représentations orienterait et régirait nos comportements. [105] Ainsi, travailler également sur les représentations semble pertinent car directement en lien avec les connaissances des individus en matière d'alimentation. De surcroit, cela permettrait indirectement d'influer sur le comportement des individus. Concrètement, les professionnels de santé pourraient, au travers des consultations, travailler et décortiquer le contenu des messages/slogans/informations véhiculés par

les médias (télévision, journaux, internet, ...) afin de rectifier les informations inexactes, transmettre celles adéquates et promouvoir un esprit critique [103].

Un second moyen (autre que celui des représentations) pour influencer les connaissances et donc indirectement les comportements de santé semble être la littératie en santé.[70] La littératie en santé se définit comme étant « *la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé* » [99]. Selon l'asbl Culture et Santé, 40% de la population belge éprouverait des difficultés à réaliser ces activités (comprendre, repérer, interpréter et utiliser). [100] Il pourrait donc s'agir d'un axe de travail lors des consultations. En effet, les diététicien(ne)s pourraient fournir un accès facile à des renseignements de qualité (brochures/médias sociaux, outils visuels), créer un atelier pour développer l'esprit critique concernant les messages véhiculés par les médias, travailler sur la reconnaissance de sensations alimentaires, améliorer la compréhension des mécanismes psychologiques présents lors d'une tentative de perte de poids, mettre en place un atelier culinaire pour mettre en pratique l'ensemble des connaissances acquises. Tout ceci permettrait peut-être aux patients de mieux comprendre, évaluer et appliquer les informations (en temps voulu) de manière à effectuer des choix (alimentaires) plus éclairés. Il pourrait également s'agir d'un bon moyen d'accroître les connaissances en matière d'alimentation des individus et d'ainsi potentiellement réduire le recours aux croyances compensatoires.

Une troisième idée concrète d'application pratique pourrait être de travailler la pleine conscience. Mais qu'est-ce que cela signifie manger en pleine conscience ? C'est être attentif de manière délibérée à ce que nous ressentons, éprouvons lorsque l'on mange. Il est question de prendre le temps de s'écouter, de distinguer nos sensations alimentaires mais aussi et surtout de prendre du plaisir. La pleine conscience accompagne les individus dans une vision non dichotomique des choses (aliment « bon » versus aliment « mauvais »). Il ne s'agit plus de se contrôler, de s'interdire des « écarts » ou encore de culpabiliser en mangeant un bout de chocolat par exemple. En effet, cette méthode permet aux personnes de se reconnecter à leurs sensations alimentaires, au plaisir de déguster un aliment qualifié de « mauvais ou interdit » (qui ont eux aussi rappelons-le des bienfaits) sans culpabiliser. Il pourrait donc s'agir d'un bon moyen pour enrayer la mise en place et l'utilisation de croyances compensatoires. En effet, cela permet de manger un aliment que l'on aime sans culpabiliser et sans être frustré ce qui par conséquent est un bon moyen d'éviter les « craquages » et frénésies alimentaires ultérieures qui peuvent survenir dans le cas contraire. De ce

fait, plus besoin de compenser l'ingestion de cet aliment car se faire plaisir n'est plus un obstacle à la perte de poids.

L'ambivalence créée par le conflit « plaisir alimentaire versus perte de poids » (cf. figure n°1) ainsi que les nombreuses lectures sur l'influence de la motivation dans le processus de recours aux croyances compensatoires, nous ont conduit à penser que l'entretien motivationnel pouvait être une approche pertinente pour la pratique. [72] Elle se définit comme « *une méthode de communication collaborative, centrée sur le patient et qui vise à faire émerger et renforcer la motivation intrinsèque au changement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* » [106] Cette méthode permet d'échanger avec les patients sur les difficultés qu'ils rencontrent lors de la mise en place d'un changement (comme la perte de poids par exemple). Les diététicien(ne)s pourraient ainsi communiquer avec leurs patients sur les difficultés rencontrées, les épauler pour construire leur motivation, les aider à développer un plan d'action pour parvenir à leur objectif de perte de poids en construisant avec eux des solutions respectueuses de leurs valeurs, de leurs capacités et de leur projet de vie. Pour ce faire, les professionnels de santé pourraient s'aider du modèle transthéorique du changement. En effet, l'ambivalence est l'un des stades du modèle de Prochaska et DiClemente. L'entretien motivationnel serait donc un bon outil de communication permettant de dépasser ce stade et d'atteindre l'objectif de perte de poids. [72]

Nous avons également pu constater que les personnes ayant le plus recours aux croyances compensatoires dans notre échantillon étaient en moyenne plus jeune que celles y ayant moins recours. Il s'agit typiquement du genre d'information dont il faut aussi tenir compte dans la pratique et pour les actions futures. En effet, il s'agira de porter une attention particulière au public jeune lors des consultations diététiques.

Un apport direct pour la pratique est le feedback proposé à la fin de l'étude par nos soins aux professionnels de santé et aux patients ayant accepté de participer. Ceci se faisait dans l'objectif d'impliquer les principaux acteurs concernés par le sujet, de les rendre acteurs du changement mais aussi de promouvoir la relation soignant-soigné. [31] En effet, pour améliorer la pratique et faire avancer la recherche, il fallait établir un travail d'équipe. Sans ces derniers, cette étude n'aurait pu voir le jour. Nous avons donc proposé de revenir vers chacun des diététicien(ne)s et de leur transmettre les résultats respectifs de leurs patients afin d'optimiser l'accompagnement diététique offert à ces personnes.

Après cela, une question s'impose à nous, qu'elles sont les perspectives pour la recherche future ?

De nombreuses améliorations pourraient être apportées à cette étude en vue de vérifier nos hypothèses dans des conditions optimales. En effet, les résultats de ce travail nous laissent penser que la recherche mériterait d'être continuée. Nous pourrions commencer par réitérer cette étude avec un plus grand échantillon mais également en tenant compte du biais de sélection.

Un nouveau questionnaire investiguant la motivation des personnes pourrait également être ajouté à l'étude afin de l'enrichir. La littérature nous révèle notamment son importance dans le processus d'activation et d'utilisation des croyances compensatoires. [38, 42, 82, 91]

En vue de confronter nos résultats, nous pourrions aussi envisager d'inclure à la méthodologie de cette étude, un groupe de patients ayant un IMC normal.

Une avant-dernière perspective pouvant être envisagée est celle de comparer la présence de croyances compensatoires dans deux groupes thérapeutiques différents. L'un travaillant avec une approche « bio-psycho-sensorielle » et une autre avec une approche plus « traditionnelle » de la diététique. En parallèle à la prise en charge « classique » des personnes en surpoids ou obèses, la nutrition et la diététique s'efforcent de développer d'autres méthodes. Une de ces nouvelles approches est la méthode « bio – psycho – sensorielle » basée, entre autres, sur le travail des croyances alimentaires, des sensations alimentaires, des émotions et de la pleine conscience. Le groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids (GROS) est une association et un lieu où l'on peut notamment apprendre cette « nouvelle » approche. Il serait donc intéressant de confronter ces deux méthodes de prise en charge sur le recours plus ou moins important aux croyances compensatoires.

Pour finir, il pourrait s'avérer être intéressant d'approfondir cette étude en y apportant un aspect qualitatif. En effet, cela pourrait soulever de nouvelles dimensions susceptibles d'apporter une vision nouvelle et différente aux recherches déjà faites sur le sujet. Cette méthode pourrait être intéressante dans une phase de pré-test, en vue de sonder les opinions et la perception de ce sujet (les croyances compensatoires) dans notre échantillon. Ceci aiguillerait peut-être différemment la suite de la recherche quantitative.

IV. CONCLUSION

La présente étude avait pour objectifs principaux de mesurer la proportion de croyances compensatoires dans un échantillon de personnes en surpoids ou obèses ainsi que les facteurs susceptibles d'influencer leur utilisation.

Pour ce faire, dans la première partie de ce travail, nous avons démontré au travers de chiffres que le surpoids et l'obésité étaient un véritable problème de santé publique. La perte de poids reste encore aujourd'hui la pierre angulaire du traitement du surpoids et de l'obésité, ce qui nous a donc conduit à nous y intéresser. Il s'est avéré qu'elle était ardue, que de nombreux facteurs étaient susceptibles de l'entraver et qu'elle avait des conséquences sur la santé. Suite aux nombreuses lectures scientifiques sur le sujet, nous avons porté un intérêt tout particulier aux conséquences cognitivo-comportementales des pratiques amaigrissantes et plus spécialement aux croyances compensatoires. En effet, ce concept s'est révélé être relativement récent et encore peu étudié à ce jour. Notre souhait étant d'améliorer la pratique et de faire avancer la recherche, l'étude de ce concept associé à une série de 6 facteurs susceptibles d'influer le recours à cette dernière s'est révélé être une formidable opportunité, pour nous, d'enrichir les connaissances préexistantes sur le sujet tout en apportant un angle innovant à la recherche.

Par la suite, la partie empirique et le recours à une étude quantitative de type transversale ont été pour nous l'occasion d'apporter une réponse à notre question de recherche. Le score moyen pour notre échantillon (-9,24) s'est révélé être différent des scores ayant déjà pu être observés dans d'autres études sur la même population. Nous avons pu également, pour la première fois, mettre en évidence la présence d'un lien significatif entre le niveau de connaissances en matière d'alimentation et le recours aux croyances compensatoires. Nous avons aussi pu démontrer l'influence de l'âge sur l'utilisation des croyances compensatoires. Les autres variables ne se sont pas révélées significatives. Ces résultats ont permis de renforcer l'idée que la pratique pouvait s'en retrouver enrichie. En effet, travailler les représentations, améliorer la littératie en santé, faire de la pleine conscience et mener des entretiens motivationnels sont autant de pistes qui permettraient d'améliorer les connaissances en matière d'alimentation, d'enrayer l'utilisation de croyances compensatoires et d'influer positivement la tentative de perte de poids. Nous achèverons ce mémoire, en alléguant que l'élaboration de recherches supplémentaires (tenant compte des limites) et plus approfondies à propos de ce concept restent à mener. C'est notamment l'un des projets mis en place pour poursuivre ce mémoire ; la réalisation d'une plus grande étude et la rédaction d'un article scientifique.

V. Références bibliographiques

- [1] OMS : Organisation Mondiale de la Santé. « *Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale* ». Rapport d'une consultation de l'OMS (OMS, série de rapports techniques 894) ; 2003 ; Genève. [En ligne]: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/fr/ Consulté le 29 août 2017
- [2] OMS : Organisation Mondiale de la Santé. « *Obésité et surpoids* ». Aide-mémoire N°311 ; 2016. [En ligne]: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/> Consulté le 29 août 2017
- [3] OMS : Organisation Mondiale de la Santé. « *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* ». 2004. [En ligne]: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-fr.pdf Consulté le 29 août 2017
- [4] OMS : Organisation Mondiale de la Santé. « *Utilisation et interprétation de l'anthropométrie* ». Rapport d'un Comité d'experts. (OMS, Série de Rapports techniques, N°854). 1995 ; Genève. . [En ligne]: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37006/1/WHO_TRS_854_fre.pdf Consulté le 29 août 2017
- [5] BASO : Belgian Association For the Study of Obesity. « *Consensus : Un guide pratique pour l'évaluation et le traitement de l'excès de poids* ». 2010 ; p.1-29. [En ligne]: <http://www.eetexpert.be/cap-expert/downloads/DEFINITIEVE%20VERSIE%20CONSENSUS%20FR.pdf> Consulté le 29 août 2017
- [6] Carraz, J. « *Comprendre et traiter l'obésité, approche pluridisciplinaire intégrative* ». Elsevier Masson ; 2017 ; Issy-les-Moulineaux ; France.
- [7] Barbe P. « *Les méthodes d'études de la composition corporelle* ». Act. Méd. Int. - Métabolismes - Hormones – Nutrition; 2000; Volume IV; n°5.
- [8] Global Burden of Disease 2015 Obesity Collaborators. « *Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years* ». The New England journal of Medicine; 2017; vol 377(1)
- [9] Flegal K., Carroll M., Ogden C., Curtin L. « *Prevalence and trends in obesity among US adults* ». JAMA ; 2010 ; 303(3), p. 35-241

- [10] Obépi. « *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité* ». Inserm, Kantar Health ; 2012 ; Roche.
- [11] Thérèse Lebacqz. « *Anthropométrie (IMC, tour de taille et ratio tour de taille/taille)* ». Enquête de consommation alimentaire 2014-2015 ; 2015 ; Rapport n°1.WIV-ISP
- [12] Thérèse Lebacqz. « *Troubles du comportement alimentaire* ». Enquête de consommation alimentaire 2014-2015 ; 2015 ; Rapport n°1.WIV-ISP
- [13] Ost C. « *Attitude vis-à-vis de son poids* ». Enquête de consommation alimentaire 2014-2015 : 2015 ; Rapport n°1.WIV-ISP
- [14] Jackson-Leach R., Lobstein T., Montague F. « *Obesity Atlas for the European Union: 2017* ». World Obesity Federation; 2016; p. 186-187. [En ligne]: https://s3.eu-central-1.amazonaws.com/ps-wof-web-dev/site_media/uploads/eu-atlas-2017-v2.pdf Consulté le 23 septembre 2017
- [15] OMS : Organisation Mondiale de la Santé. « *Dix faits sur l'obésité* ». [En ligne]: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/fr> Consulté le 23 septembre 2017
- [16] Eurostat. « *Communiqué de presse : Enquête européenne par interview sur la santé* ». 2016. [En ligne] <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7700908/3-20102016-BPFR.pdf/6a7f5689-11b2-4862-8b29-d5bf59795b87> Consulté le 23 septembre 2017
- [17] HISIA: Belgian Health Interview Survey – Interactive Analysis. ISP : Institut Scientifique de Santé Publique. [En ligne]: <https://hisia.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx> Consulté le 23 septembre 2017
- [18] Etiévant P., Bellisle F., Dallongeville J., Etilé F., Guichard E., Padilla M., Romon-Rousseaux M. « *Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ?* ». Expertise scientifique collective ;2010 ; rapport INRA.
- [19] Guy-Grand B., Le Barzic M. « *Les trois fonctions du comportement alimentaire* ». La Revue du Praticien 5 ;2000 ; p. 481-483.
- [20] ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du travail. « *Evaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement, Rapport*

d'expertise collective ». 2010. [En ligne]:
<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2009sa0099Ra.pdf> Consulté le 25 septembre 2017

[21] Thomson RL., Summerbell CD., Hooper L., Higgins JPT., Little PS., Talbot D., Ebrahim S. « *Dietary advice given by a dietician versus other health professional or self-help resources to reduce blood cholesterol (Review)* ». The Cochrane Library; 2005; Issue 1.

[22] Moore H., Summerbell C., Hooper L., Cruickshank K., Vyas A., Johnstone P. et al. « *Dietary advice for treatment of type 2 diabetes mellitus in adults (Review)* ». The Cochrane Library; 2005; Issue 1.

[23] Pirozzo S., Summerbell C., Cameron C., Glasziou P. « *Advice on low-fat diets for obesity (Review)* ». The Cochrane Library; 2005; Issue 2.

[24] Hooper L., Bartlett C., Davey Smith G., Ebrahim S. « *Advice to reduce dietary salt for prevention of cardiovascular disease. (Review)* ». The Cochrane Library; 2004; Issue 1.

[25] Langer G., Schloemer G., Knerr A., Huss O., Behrens J. « *Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers (Review)* ». The Cochrane Library; 2005 ; Issue 4.

[26] Ravasco P., Monteiro-Grillo I., Vidal M.P., Camilo M.E. « *Dietary counselling improves patient outcomes: a prospective, randomized, controlled trial in colorectal cancer patients undergoing radiotherapy* ». J Clin Oncol; 2005; vol 23(7); p.1431-8.

[27] Andersen T., Ayyad C. « *Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999 (Review)* ». 2000; vol 1, p.113-119.

[28] HAS : Haute Autorité de Santé. « *Recommandations professionnelles : consultation diététique réalisé par un diététicien* ». 2006.

[29] Oppert J-M. « *Les défis de la prise en charge des obésités* ». Cahier de nutrition et diététique ; 2015 ; vol 50, supplément n°6 ; p. 6s50-6s54

- [30] BASO : Belgian Association For the Study of Obesity. « *Pour une meilleure prise en charge du traitement de l'obésité* ». 2015. [En ligne]: <file:///C:/Users/pcbib/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/RNCUC74L/SL-150522-FR-ls-final-lsmc.pdf> Consulté le 5 octobre 2017
- [31] Perrin C. « *Vulnérabilité et éducation pour la santé : questions éthiques et méthodologiques* ». WFSP2242 Interventions en éducation pour la santé ; 2017-2018 ; Faculté de santé publique, Bruxelles
- [32] Larocque C., Savard R., Lecomte C. « *Alliance thérapeutique et abandon des traitements de l'obésité* ». Obésité ; 2012 ; vol 7 ; p. 191-198.
- [33] Perrin C. « *Le pouvoir des représentations et normes sociales dans les décisions et comportements humains* ». WFSP2241 Compétences et comportements de santé : concepts et méthodes ; 2017-2018 ; Faculté de santé publique, Bruxelles
- [34] Perrot M. « *La restriction cognitive ou comment les régimes font grossir* ». Médecine ; 2016 ; volume 12, numéro 3.
- [35] INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. « *Obésité : Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge* ». 2006.
- [36] Le Barzic. « *Le syndrome de restriction cognitive : de la norme au désordre du comportement alimentaire* ». Médecine pratique ; 2001 ; Vol 27, n°4, p.512-516.
- [37] Polivy J. « *Psychological consequences of food restriction* ». Perspective in practice ; 1996 ; Vol 96, n°6, p.589-592.
- [38] Dupont M., Sénécal C., Drapeau V., Gallant A., Pérusse-Lachance E., et Tremblay A. « *Régulation de la prise alimentaire consécutive à un travail mental exigeant* ». Canadian Journal of Behavioural Science ; 2017 ; Vol 49, n°1, p.18-31.

- [39] D. Carr., K. Jaffe. « *The psychological consequences of weight change trajectories : Evidence from quantitative and qualitative data* ». *Economics and Human Biology* ; 2012 ; vol 10; p.419–430.
- [40] G. T. Wilson. « *Relation of Dieting and Voluntary Weight Loss to Psychological Functioning and Binge Eating* ». *Annals of Internal Medicine*; 1993 ; Volume 119; Number 7 (Partie 2)
- [41] Polivy J. « *Psychological consequences of food restriction* ». *Perspective in practice* ; 1996 ; Vol 96, n°6, p.589-592.
- [42] Miquelon P., Knäuper B., et Vallerand R. « *Motivation and goal attainment. The role of compensatory beliefs* ». *Appetite* ; 2012 ; 58 ; p.608-615.
- [43] Kronick I., Auerbach R.P., Stich C., et Knäuper B. « *Compensatory beliefs and intentions contribute to the prediction of caloric intake in dieters* ». *Appetite* ; 2011 ; 57, p.435–438.
- [44] J.-C. Croizet et J.-Ph. Leyens. « *Mauvaises réputations : réalités et enjeux de la stigmatisation sociale* ». Armand Colin ; 2003 ; pp. 25-59.
- [45] Dany, L. & Morin, M. « *Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français* ». *Bulletin de psychologie* ; 2010 ; numéro 509,(5), p.321-334.
- [46] A. Rousseau, A. Knotter, P. Barbe, RM. Raich et H. Chabrol. « *Etude de validation de la version française du Body Shape Questionnaire* ». *L'Encéphale* ; 2005 ; 31 ; p.162-173.
- [47] J. Descamps, M. Hautekeete, F. Bougenière, K. Benaisa et M. Romon. « *Etude du questionnaire émotionnel, cognitif et comportemental du sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'obésité (SEPOB). Construction, qualités métrologiques, résultats comparatifs* ». *Journal de thérapie comportementale et cognitive* ; 2010 ; 20, p.22-33.
- [48] E. F. Vallieres et R. J. Vallerand. « *Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg* ». *International Journal of Psychology* 25 ; 1990 ; p.305-316.

- [49] JG. Bacon, KE. Scheltema et BE. Robinson. « *Fat phobia scale revisited: the short form* ». International Journal of Obesity ; 2001 ; 25; p.252-257.
- [50] Knäuper B., Rabiau M., Cohen O., Patriciu N. « *Compensatory health beliefs: scale development and psychometric properties* ». Psychology & Health ; 2004 ; 19:5, p.607-624.
- [51] Kliemann N., Wardle J., Johnson F., Coher H. « *Reliability and validity of a revised version of the General Nutrition Knowledge Questionnaire* ». European Journal of Clinical Nutrition ; 2016 ; 70 (10); p.1174-1180.
- [52] Jouck A. « *Étude du sentiment d'efficacité personnelle de régents débutants en Communauté germanophone par rapport à la problématique de la gestion de classe. Quelles représentations sont véhiculées ? Quelles techniques sont développées ?* ». Université Catholique de Louvain ; mémoire 2016-2017 ; p.19-25.
- [53] Couture S. « *Le rôle du sentiment d'efficacité personnelle, de l'insatisfaction corporelle et de l'alexithymie dans l'étiologie et le maintien des troubles des conduites alimentaires* ». Université de Montréal ; Doctorat 2010 ; p.12.
- [54] Ancelle T. « *Statistique épidémiologie* ». Collection Sciences fondamentales ; 2012 ; Maloine ; 3^{ème} édition
- [55] Jung F., Luck-Sikorski C., Wiemers N., et RiedelHeller S.G. « *Dietitians and Nutritionists : Stigma in the Context of Obesity A Systematic Review* ». PLoS ; 2015 ; ONE 10 (10)
- [56] Prado-Netto A., Dardennes R., Dabadie H., Bernard M., Herrero P., et Lima-Pereira R. « *Lieu de contrôle chez les obèses : traduction et première étude de validation de l'échelle du lieu de contrôle du poids de Saltzer* ». Cahier de Nutrition et Diététique ; 2006 ; 41 ; 4 ; p.225-231.
- [57] Escalon H., Bossard C., Beck F. « *Baromètre santé nutrition 2008* ». Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2009 ; p.424. [En ligne] : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1270.pdf> Consulté le 29 août 2017

- [58] Rossier J., Rigozzi C. et Berthoud S. « *Validation de la version française de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC), influence de variables démographiques et de la personnalité* ». Annales médico-psychologiques ; 2001 ; Volume 160 : p.138-48.
- [59] Vaughan J.P., et Morrow R.H. « *Manuel d'épidémiologie pour la gestion de la santé au niveau du district* ». Ed. Jouve ; 1991 ; OMS ;Genève ; p.187
- [60] Balkau B., Charles M.A., Eschwege E. « *Discussion épidémiologique des nouveaux critères du diabète* ». Mt. Endocrinol ; 2000 ; Volume 2 ; p229–234.
- [61] Polivy, J., & Herman, P. « *La santé mentale et les comportements alimentaires. Une relation bidirectionnelle* ». Revue Canadienne de Santé Publique ; 2005 ; Volume 96 (3)
- [62] Lehnert T., Sonntag D., Konnopka A., Riedel-Heller S., König H. « *Economic costs of overweight and obesity* ». Best Practice and Research Clinical Endocrinology and Metabolism ; 2013 ; vol 27 (2): p. 105-115.
- [63] Tremmel M., Gerdtham U.G., Nilsson P.M., Saha S.. « *Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review* ». International Journal of Environmental Research and Public Health ; 2017 ; 14, p.435
- [64] Shields M., Connor Gorber S. et Tremblay M. « *Questions de méthodologie en anthropométrie : taille et poids déclarés versus mesurés* ». Recueil de symposium 2008 de statistique Canada ; 2008 ; n° 11-522-X
- [65] Golay A., Fossati M., Volery M., Rieker A. « *Approche comportementale et cognitive de la personne obèse* ». Médecine Pratique ; 2001 ; Diabetes Metab 27 : p.71–77
- [66] Polivy J, Herman CP. « *La santé mentale et les comportements alimentaires : une relation bidirectionnelle* ». Revue canadienne de santé publique ; 2005 ; Volume 96(Suppl. 3) ; p.S49-S53.
- [67] Neymotin F., Nemzer L.R. « *Locus of control and obesity* ». Frontiers in Endocrinol ; 2014 ; 5 ; Lausanne.

- [68] Anis AH., Zhang W., Bansback N., Guh DP., Amarsi Z., et Birmingham CL. « *Obesity and overweight in Canada: an updated cost-of-illness study* », Obesity Review ; 2009.
- [69] Mills J.K. « *Interpersonal dependency correlates and locus of control orientation among obese adults in outpatients treatment for obesity* ». Journal of Psychology;1994 ; 128 ; p.667 -674.
- [70] Van den Broucke S. « *Le concept de « health literacy » comme compétence intégratrice, soutenant les décisions et comportements en matière de santé* » WFSP2241 Compétences et comportements de santé : concepts et méthodes ; 2017-2018 ; Faculté de santé publique, Bruxelles
- [71] Hill A.J. « *Does dieting make you fat?* ». British Journal of Nutrition ; 2004 ; 92 (Suppl. 1) ; p.S15–S18
- [72] Zabeau H. « *L'entretien motivationnel : une approche thérapeutique au service de l'éducation du patient* ». WFSP2241 Compétences et comportements de santé : concepts et méthodes ; 2017-2018 ; Faculté de santé publique, Bruxelles
- [73] Shentow-Bewsh R., Keating L., et Mills J. S. « *Effects of anti-obesity messages on women's body image and eating behavior* ». Eating behaviors; 2016 ; 20, p.48-56.
- [74] Coutinho SR., Halset EH., Gasbakk S. et al. « *Compensatory mechanisms activated with intermittent energy restriction : a randomized control trial* ». Clinical Nutrition; 2017.
- [75] Radtke T., Kaklamanou D., Scholz U., Hornung R., Armitage CJ. « *Are diet-specific compensatory health beliefs predictive of dieting intentions and behaviour?* ». Appetite; 2014; numéro 76 ; p.36–43.
- [76] Tsai AG., Wadden TA. « *Systematic review: an evaluation of major commercial weight loss programs in the United States* ». Annals of Internal Medicine ; 2005 ; 142(1) ; p.56–66.
- [77] Schlienger, J-L. « *Revue critique des régimes amaigrissants populaires* ». Médecine des Maladies Métaboliques ; 2015 ;9 (5), p.514-520.

- [78] Lecerf J-M. « *Obésité. Pourquoi les régimes échouent-ils ?* ». Nutrition Clinique Métabolisme ; 2013.
- [79] Bachetta C. « *Régimes, un succès fondé sur des promesses* ». Pratiques en nutrition ; 2015 ; 11 (43), p.31-33.
- [80] Briefer F., Briefer J-P. « *Santé : croyances, théories et dogmes* ». ARS Medici ; 2003.
- [81] Rabiau M., Knaüper B., & Miquelon P. « *The eternal quest for optimal balance between maximizing pleasure and minimizing harm: the compensatory health beliefs model* ». British Journal of Health Psychology ; 2006 ; 11, p.139–153.
- [82] Kronick I., & Knaüper B. « *Temptations elicit compensatory intentions* ». Appetite ; 2010 ; 54, p.398-401.
- [83] Taut D., & Baban A. « *Examination of the relationship between self-regulation strategies and healthy eating patterns in coronary heart disease patients. The relevance of compensatory health beliefs* ». Cognition, Brain and Behavior; 2008 ; 12, p.219 231.
- [84] Thongworn S., Sirisuk V. « *Weight control specific compensatory health beliefs: Hypothetical testing and model extension* ». Journal of Social Sciences ; 2017 ; Elsevier.
- [85] Bigot R., Crouette P., et Recours F. « *Enquêtes en ligne : peut-on extrapoler les comportements et les opinions des internautes à la population générale ?* ». Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie ; 2010 ; cahier de recherche n° 273.
- [86] Degryse V. « *Les croyances compensatoires de santé et leur impact sur les comportements de type alimentaire et l'activité physique* ». Université Catholique de Louvain ; mémoire 2014 ; Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation ; Louvain-la-Neuve
- [87] Radtke T., Scholz U. « *Enjoy a delicious cake today and eat healthily tomorrow: Compensatory health beliefs and their impact on health* ». The European Health Psychologist ; 2012 ; n°14(2); p.37–40.
- [88] Obara-Golebiowska M. et Eufemia Przybylowicz K. « *Associations between Obesity and Diet-Related Compensatory Health Beliefs* ». Iran J Public Health; 2015; vol.44; n°8; p.1156-1157
- [89] te Wilde E. « *Compensatory Health Beliefs - The Development of an Eating-Specific Scale* ». University of Twente ; Faculty of Behavioural Science ; 2013.

- [90] Lobera J. et Bolaños P. « *Spanish version of the irrational food beliefs scale* ». *Nutrición Hospitalaria* ; 2010 ; vol. 25, n°5, p. 852-859
- [91] Amrein MA., Rackow P., Inauen J., Radtke T. et Scholz U. « *The role of compensatory health beliefs in eating behavior change : A mixed method study* ». *Appetite*; 2017; 116; p.1-10
- [92] Radtke T. et Rackow P. « *Autonomous Motivation Is Not Enough: The Role of Compensatory Health Beliefs for the Readiness to Change Stair and Elevator Use* ». *Int. J. Environ. Res. Public Health* ; 2014
- [93] Hartmann C., Keller C. et Siegrist M. « *Compensatory beliefs, nutrition knowledge and eating styles of users and non-users of meal replacement products* ». *Appetite* ; 2016 ; n°105 ; p.775-781
- [94] Lavins B. « *Testing the Compensatory Health Belief Scale: The Role of Cognitive Factors and Their Relationship to Health Outcomes* ». The College of Arts and Sciences ; 2013 ; Ohio University
- [95] Aujoulat I. « *Introduction générale + approfondissement des modèles explicatifs des changements de comportements, utiles pour la planification et l'évaluation des interventions* » WFSP2241 Compétences et comportements de santé : concepts et méthodes ; 2017-2018 ; Faculté de santé publique, Bruxelles
- [96] Le Barzic. « *Le syndrome de restriction cognitive : de la norme au désordre du comportement alimentaire* ». *Diabetes Métabolisme* ; 2001 ; 27 ; p.512-516
- [97] Parmenter K., Waller J. et Wardle, J. « *Demographic variation in nutrition knowledge in England* ». *Health Education Research*; 2000; 15; p.163-174.
- [98] Taut D., & Baban A. « *Examination of the relationship between self-regulation strategies and healthy eating patterns in coronary heart disease patients. The relevance of compensatory health beliefs* ». *Cognition, Brain and Behavior*; 2008 ;12; p.219 231
- [99] Van den Broucke S. « *La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique* ». *Dossier communiquer pour tous : les enjeux de la littératie en santé* ; 2017 ; La santé en action ; n°440.

[100] Culture et Santé (asbl). « *La littératie en santé* ». Dossier n°8 ; 2016. [En ligne] : <http://cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/60-litteratie-en-sante-n-8.html>

Consulté le 21 juillet 2018

[101] Dupuis P. « *La littératie en santé : comprendre l'incompréhension* ». Education Santé n°309 ; 2015.

[102] Cirillo T. et Grazia Albano M. « *Connaissances et croyances sur l'alimentation de patients en surpoids et obèses : enquête en Italie du Sud* ». Revue Médicale Suisse ; 2006 ; Volume n°2

[103] Janzyk v. « *Comment les médias façonnent les normes en matière de santé* ». Education santé ; 2009 ; n°242.

[104] Cottin Y., Lorgis L., Gudjoncik A., et al. « *Observance aux traitements : concepts et déterminants* ». Arch Cardiovasc Dis Suppl ; 2012 ; n°4.

[105] Jeoffrion C. « *Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé* ». Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale ; 2009 ; (Numéro 82), p. 73-115.

[106] Lecallier D. et Michaud P. « *L'entretien motivationnel : une évolution radicale de la relation thérapeutique* ». Alcoologie et Addictologie ; 2004; 26 ; p.129-32.

[107] Couture S. « *Le rôle du sentiment d'efficacité personnelle, de l'insatisfaction corporelle et de l'alexithymie dans l'étiologie et le maintien des troubles des conduites alimentaires* ». Département de Psychologie Faculté des Arts et des Sciences ; 2010 (Thèse)

NOM et PRENOM : Panichelli Fany

Titre du mémoire : Dans quelle(s) mesure(s) les croyances compensatoires sont-elles présentes dans un groupe de personnes en surpoids ou obèses en tentative de perte de poids ?

Promoteur et Co promoteur : Jean-Marie Degryse & Magali Jacobs

RESUME

Titre : Dans quelle mesure les croyances compensatoires sont-elles présentes dans un groupe de personnes en surpoids ou obèses en tentative de perte de poids ?

Contexte : Au regard des nombreuses études sur le sujet, des constats épidémiologiques, économiques, biologiques et psychologiques et malgré que le surpoids et l'obésité soient qualifiés d'épidémie mondiale par l'Organisation Mondiale de la Santé, de nombreuses interrogations et recherches restent encore à mener notamment au vu de son caractère multifactoriel. A ce titre, des millions de personnes en surpoids ou obèses tentent chaque année de perdre du poids en dépit des conséquences sur la santé. Dans le but d'améliorer la pratique et les connaissances en la matière, nous nous sommes intéressés à un concept relativement récent et peu connu : les croyances compensatoires. Il s'agit de croyances qui s'instaurent afin de réguler le comportement alimentaire et de satisfaire deux objectifs à priori divergents : le plaisir alimentaire et l'atteinte d'objectifs de santé comme la perte de poids.

Méthodes : Au travers d'une étude quantitative de type transversal, cette recherche essaie de mesurer la proportion de croyances compensatoires dans notre échantillon de patients adultes en surpoids ou obèses mais également les facteurs susceptibles d'influencer le recours à ces dernières. Pour ce faire, nous avons élaboré un dossier de 7 questionnaires (croyances compensatoires, image corporelle, estime de soi, lieu de contrôle, stigmatisation, sentiment d'efficacité personnel et connaissances en nutrition). Un total de 149 questionnaires a pu être distribués. Après la récolte de données, un traitement statistique a été effectué au moyen du logiciel IBM SPSS. Un examen de la cohérence interne, de la corrélation de Spearman, une analyse bivariée ainsi qu'une analyse multivariée ont été utilisés.

Résultats : Le premier résultat principal de l'étude est que la moyenne de croyances compensatoires est de -9,24 dans notre échantillon de personnes en surpoids et obèses en tentative de perte de poids. Ensuite concernant les facteurs susceptibles d'influencer le recours aux croyances compensatoires, deux se sont révélés être significatifs : l'âge et le niveau de connaissances en nutrition. Après observation des chiffres, ces derniers ont révélé que les patients ayant le plus recours aux croyances compensatoires (appartenance au tertile supérieur), ont une moyenne d'âge plus jeune mais aussi que ces derniers ont de moins bonnes connaissances en matière d'alimentation que celles ayant un score inférieur (appartenance aux 2 tertiles inférieurs). Une perspective pour les professionnels de santé pourrait être de prendre le temps de déconstruire les fausses croyances alimentaires et pallier au manque de connaissances des patients au moyen du développement de la littératie en santé, de la pleine conscience, de l'entretien motivationnel et du travail des représentations.

Mots-clés : croyances compensatoires, surpoids, obésité, diététique, prise en charge, perte de poids, alimentation, nutrition, étude transversale