



HAL
open science

Impact de la crise sanitaire sur les habitudes hygiéno-diététiques en zone rurale : une étude qualitative dans la vallée de la Cère (Cantal, Auvergne-Rhône-Alpes)

Pierre Torne

► **To cite this version:**

Pierre Torne. Impact de la crise sanitaire sur les habitudes hygiéno-diététiques en zone rurale : une étude qualitative dans la vallée de la Cère (Cantal, Auvergne-Rhône-Alpes). Médecine humaine et pathologie. 2022. <dumas-03956065>

HAL Id: dumas-03956065

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03956065v1>

Submitted on 25 Jan 2023

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

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



HAL Authorization

**UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES**

**THÈSE D'EXERCICE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
par**

TORNE, Pierre

Présentée et soutenue publiquement le 5 octobre 2022

**IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES HABITUDES HYGIENO-DIETETIQUES EN ZONE
RURALE : UNE ETUDE QUALITATIVE DANS LA VALLEE DE LA CERE (CANTAL, AUVERGNE-
RHONE-ALPES).**

Directeur de thèse :

Monsieur RONDET Baptiste, Docteur, CH Rodez, Pédiatrie

Président du jury :

**Monsieur BOIRIE Yves, Professeur, UFR de Médecine et des Professions
paramédicales de Clermont-Ferrand, CHU de Clermont-Ferrand, Nutrition Humaine**

Membres du jury :

**Monsieur DUTHEIL Frédéric, Professeur, UFR de Médecine et des Professions
paramédicales de Clermont-Ferrand, CHU de Clermont-Ferrand, Médecine et Santé au
Travail**

**Madame VAILLANT-ROUSSEL Hélène, Maître de conférence des universités, UFR de
Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecin généraliste à
Clermont-Ferrand**



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE D'AUVERGNE	: JOYON Louis : DOLY Michel : TURPIN Dominique : VEYRE Annie : DULBECCO Philippe : ESCHALIER Alain
PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: CABANES Pierre : FONTAINE Jacques : BOUTIN Christian : MONTEIL Jean-Marc : ODOUARD Albert : LAVIGNOTTE Nadine : BERNARD Mathias
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE	
PREMIERE VICE-PRESIDENTE	
CHARGEЕ DU PILOTAGE ET DES MOYENS	: FOGLI Anne
VICE PRESIDENTE CHARGEЕ DE LA FORMATION	: PEYRARD Françoise
VICE-PRESIDENTE CHARGEЕ DE LA RECHERCHE	: PREVOT Vanessa
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: PAQUIS François

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES	: DETEIX Patrice : CHAZAL Jean
DOYEN	: CLAVELOU Pierre
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: ROBERT Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAMOUX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTIUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mme VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - CAILLAUD Denis - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis – LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - POULY Jean-Luc

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS
--

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine

M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire

M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail

Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M. VORILHON Philippe	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
------------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mme VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mme MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mme COSTE Karen	Pédiatrie
Mme AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction

2ème CLASSE

M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence
M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mme AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mme GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. PIZON Frank	Santé Publique
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES
--

Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale
Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique	Médecine Générale
Mme VICARD-OLAGNE Mathilde	Médecine Générale

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier le jury et toutes les personnes qui m'ont accompagné dans ce travail.

Monsieur le Professeur Boirie, je vous suis très reconnaissant de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de ma thèse, merci pour votre disponibilité et votre réactivité qui m'ont permis de réaliser cette thèse avec confiance et sérénité.

Monsieur le Professeur Dutheil, merci de l'inspiration que vous m'avez apportée au travers de vos travaux, votre expérience sur le sujet est précieuse et votre regard sur cette thèse est très important.

Madame le Docteur Vaillant-Roussel, je vous suis profondément reconnaissant d'avoir accepté aussi volontiers de participer au jury, votre point de vue est essentiel.

Monsieur le Docteur Rondet, Baptiste merci d'avoir accepté sans hésiter de diriger ce travail. Tes conseils ont toujours été avisés pour le travail comme dans la vie. Travailler avec toi aura été une expérience unique que je n'oublierai pas. Merci pour tout ce que tu m'as appris.

Merci à tous ces médecins qui m'ont inspiré au cours de ces longues années d'études : Aymar Rambaud, Anne-Sophie Voreux-Marre, Aude Laverriere, Korti Imad, Le Quang Catherine, Lanjri Khalid, Idas Xavier.

A tous ces jeunes médecins ou autres soignants fraîchement diplômés ou non qui m'ont accompagné, inspiré, soutenu, élevé, avec qui j'ai partagé tant de moments inoubliables, de maisons, de voyages, d'aventures, de merveilles, marseillais ou auvergnats. Félix, Pierrot, Max, Mathilde, Arnaud, Coco, Antoine, Rémi, Manon, Elise, Pauline, Marylise, Chloé, Hugo, Alex, Benjamin, Thomas, Annabelle, Marion, Anouk, Claire, Jean Baptiste, Lucille, Florian, Florence, Pierre-Clément, Jonas, Léa, Renaud, Sébastien

À toute ma famille :

Maman, la sentinelle, merci pour ta douce folie, ton inspiration lumineuse, ton soutien infaillible, ta façon de prendre soin, qui est la meilleure des façons, je te dois tellement.

Papa, l'ermite, merci pour ton expérience, ta patience, ta force tranquille, ta confiance en moi, même quand c'est pas facile de la garder, merci pour tout ce que tu m'as appris et continue à m'apprendre.

Tom, grand frère, mon exemple, merci pour cette énergie que tu nous apportes à tous, tu nous manques beaucoup, c'est loin la Namibie, mais dès que je finis tout ça, je fais mes bagages et j'arrive, j'ai tellement hâte de repartir à l'aventure avec toi, je te suivrais n'importe où les yeux fermés !

A mes grands-parents qui sont partis mais qui sont encore dans mes pensées.

A ma grand-mère, la seule qui reste, qui résiste à tout même au temps, tu es un pilier pour toute cette grande famille, ma mère tient bien de toi, merci pour tout ce que tu nous as transmis.

A tous mes oncles, mes tantes mes cousins et mes cousines et les autres qui même si je ne vous vois pas beaucoup, êtes là et si je suis là aussi c'est un peu grâce à vous.

A l'auvergnat qui, sans façon, m'a donné quatre bouts de bois quand dans ma vie il faisait froid. Merci Louis !

Merci infiniment à tous ces auvergnats qui ont accepté de prendre le temps de répondre à ces questions et qui m'ont accueilli chez eux à bras ouverts.

Merci à tous ceux avec qui je partage tous ces moments incroyables et qui font que je me sente ici chez moi. Amélie, Nico, Pierre, Lucille, Will, Fanny, Marine, Adrien, Sylvie, David, Anne-Lise, Stéphane, Christian, Valérie.

Merci aux habitants du vallon de l'Iraliot qui m'ont beaucoup encouragé : Jean, Jeanne, Jean Pierre, Caro.

Merci aux futurs auvergnats qui arrivent, Amandine et Mouss, la Meute, qui m'a permis de décompresser pendant ces dernières semaines, pour que je puisse mieux travailler ! A toutes ces parties de Tok endiablées !

Merci à tous ces petits bouts de choux qui viennent de naître, qui sont tellement mignons et qui nous donnent tant (parfois). J'espère qu'on arrivera à vous laisser un endroit vivable en partant.

Merci Poète, mon petit loup. HoOoOoOouUuUuU!

Merci pour votre temps, et merci au temps sans qui tout cela n'aurait été possible.

A Justine, ma comète. Si on a de la chance, on peut en voir une comme toi dans toute une vie. Moi je suis le plus chanceux des hommes, je te vois chaque jour, chaque jour tu brilles un peu plus que la veille, et moi chaque jour je m'émerveille.

TORNE Pierre

Dr RONDET Baptiste

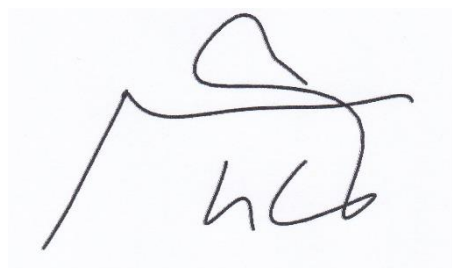
A handwritten signature in black ink on a light blue background. The signature is stylized, starting with a large 'R' and 'D' that are connected, followed by 'E' and 'T'. Below the main signature, the letters 'hcb' are written in a smaller, cursive script.

Table des Matières :

Remerciements.....	10
Introduction.....	18
1 - Les principales habitudes hygiéno-diététiques	19
1-1-Alimentation.....	19
1-2-Activité physique/Loisirs.....	22
1-3-Sommeil.....	22
1-4-Quelques autres habitudes hygiéno-diététiques.....	24
2-Spécificités de la zone rurale.....	24
2-1 Définition d'une zone rurale.....	24
2-2 Démographie.....	24
2-3 Le travail dans le Cantal.....	24
2-4 Egalité sociale.....	25
2-5 Déserts médicaux.....	25
2-6 Transports.....	25
2-7 Agriculture.....	26
2-8 Nature.....	26
3-Modifications des HHD dans l'histoire récente.....	26
3-1 Révolution industrielle.....	26
3-2 Histoire récente.....	27
3-3 Suite à la crise sanitaire.....	28
Matériel et méthode.....	31

1- Choix de la méthode qualitative.....	31
2- Définition de l'échantillon.....	31
3- Recrutement des sujets.....	32
4- Déroulement des entretiens.....	32
5- Analyse qualitative.....	33
Résultats.....	34
1 - Description de l'échantillon.....	34
2 - Analyse des résultats.....	35
2-1 Les habitudes saines vues par les habitants des zones rurales.....	35
2-2 Connaissances sur les habitudes hygiéno-diététiques.....	36
2-3 Impact global de la crise sanitaire sur leur santé.....	39
2-3-1 Les conséquences négatives.....	40
2-3-2 Les conséquences positives.....	42
2-4 Les facteurs associés aux conséquences de la crises sanitaires.....	44
2-4-1 Les facteurs protecteurs.....	44
2-4-2 Les facteurs aggravants.....	46
2-5 Impact de la crise sanitaire sur leur activité physique.....	48
2-6 Impact de la crise sanitaire sur leurs comportements alimentaires.....	49
2-7 Impact de la crise sanitaire sur leur sommeil.....	50
2-8 Leçons tirées de la crise sanitaire.....	52
2-9 Les sources d'informations.....	53
2-10 Les pistes d'amélioration.....	55

Discussion.....	59
1- Discussion des résultats.....	59
1-1 Perception des entretiens par l'enquêteur.....	59
1-2 Vers une nouvelle définition de la santé ?.....	59
1-3 Connaissances sur les habitudes hygiéno-diététiques	60
1-4 Impact de la crise sanitaire sur les habitudes hygiéno-diététiques.....	61
1-5 Facteurs protecteurs.....	63
1-6 Facteurs aggravants.....	64
1-7 Les sources d'information.....	64
1-8 Les pistes d'amélioration.....	65
2 Originalité et limites.....	66
2-1 Originalité.....	66
2-2 Limites.....	67
Conclusion.....	69
Bibliographie.....	71
Annexes.....	79
Serment d'Hippocrate.....	82

Liste des Tableaux et figures

Tableaux :

Tableau I : Apports nutritionnels conseillés ANSES.....20

Tableau II : Connaissances sur les HHD.....39

Figures :

Figure 1 : Recommandations du PNNS 4.....21

Figure 2 : Evolution de la prévalence de l'obésité.....28

Figure 3 : Impact de la crise sanitaire sur la santé des personnes interrogées.....40

Figure 4 : Conséquences négatives de la crise sanitaire selon les personnes interrogées...42

Figure 5 : Conséquences positives de la crise sanitaire selon les personnes interrogées....44

Figure 6 : Facteurs protecteurs perçus par les sujets interrogés.....46

Figure 7 : Facteurs aggravants selon les personnes interrogées48

Figure 8 : Impact de la crise sanitaire sur l'activité physique, les comportements alimentaires et le sommeil.....51

Liste des abréviations :

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

E = Entretien

HCSP = Haut conseil de la santé publique

HHD = Habitudes hygiéno-diététiques

INSEE = Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM = Institut national de la santé et de la recherche médicale

PNNS4 = Plan national nutrition santé 4

ZAC = Zone d'action complémentaire

ZIP = Zone d'intervention prioritaire

INTRODUCTION

Les habitudes hygiéno-diététiques (HHD) sont des actes de la vie quotidienne souvent réalisés de manière automatique et connus pour avoir un impact majeur sur notre santé. Elles sont par conséquent un élément indispensable sur lequel va se baser le médecin généraliste pour diagnostiquer, prévenir et traiter la plupart des pathologies qu'il va rencontrer au cours de sa vie. La nutrition joue un rôle clé dans la santé : en effet une hydratation suffisante, des macronutriments et micronutriments consommés dans des proportions appropriées sont nécessaires pour répondre aux besoins énergétiques physiologiques sans excès d'apport. Mais une bonne hygiène de vie repose également beaucoup sur l'activité physique régulière, une vie sociale riche et un sommeil approprié. On ajoute communément à cette définition l'absence des éléments qui vont avoir un impact négatif sur la santé (tabac, abus d'alcool, sédentarité, temps d'écran important, stress) (1). Même si elles sont reconnues et souvent prescrites par les médecins généralistes dans bon nombre de pathologies chroniques, des HHD appropriées peuvent être vraiment difficiles à mettre en place et nécessitent souvent un travail de longue haleine. Le nouvel équilibre trouvé avec le patient est souvent fragile et peut facilement être rompu à l'occasion d'un problème de santé ou d'une émotion aussi bien négative que positive (2).

En 2020, la pandémie liée au coronavirus est venue bousculer les habitudes d'une grande partie de l'humanité et de nombreux pays ont dû prendre des mesures fortes : confinements, couvre-feu, réduction des déplacements, des contacts sociaux, et modification des habitudes de vie (3). S'il est apparu rapidement que l'incidence du coronavirus était moindre dans les zones à faible densité de population (4,5), l'impact des différents confinements sur les HHD semble y être également plus mesuré (6,7). Dans ce contexte, il peut être intéressant

d'étudier l'impact de la crise sanitaire sur les HHD des habitants d'une zone rurale afin de comprendre comment les habitants de cette zone se sont adaptés face à ces modifications.

Ces informations pourraient être utiles aux médecins généralistes pour améliorer la prise en charge de nombreux patients.

Après avoir analysé la littérature au sujet des principales HHD, des spécificités des zones rurales et des modifications historiques des HHD ; nous évaluerons la perception des habitants d'une zone rurale cantalienne sur la modification de leurs HHD suite à la crise sanitaire de 2020 afin de répondre à cette question : comment les habitants des zones rurales ont-ils modifié leurs HHD ?

1 - Les principales habitudes hygiéno-diététiques :

1-1-Alimentation

Il y a plus de 2000 ans Hippocrate décrivait déjà le lien entre l'alimentation et la santé, présentant l'alimentation et l'hygiène comme des déterminants de la bonne santé. On lui associe souvent la fameuse phrase "que ton alimentation soit ta meilleure médecine", et bien que l'origine et les traductions de cet aphorisme fassent l'objet de nombreux débats, celui-ci semble résumer assez bien la position du médecin antique (8).

Ce n'est qu'au XVIIIe siècle que la nutrition humaine devient une discipline scientifique, utilisant des méthodes expérimentales comme celle d'Antoine Lavoisier dans les années 1780 ayant permis de définir le métabolisme de base grâce à un calorimètre (9).

Ces expériences scientifiques ont progressivement mené à l'élaboration de recommandations comme les fameux "apports nutritionnels conseillés" élaborés par l'Anses en France qui sont rediscutés fréquemment. Energie (en calories), protides, glucides, lipides, vitamines et

minéraux y sont recommandés en quantités bien définies de manière adaptée à chaque catégorie de population (selon l'âge, le sexe...). (Tableau I) (10)

A. Apports énergétiques conseillés pour la population pour un niveau moyen d'activité										
	Âge (ans)		Poids (kg)		Énergie (kcal)					
Hommes	20-40		70		2700					
	41-60		70		2500					
Femmes	20-40		60		2200					
	41-60		60		2000					
Seniors	60-75				36/kg de poids corporel					
B. Vitamines										
	B1	B2	PP	B6	B9	B12	C	A	D	E
Hommes adultes	1,3 mg	1,6 mg	14 mg	1,8 mg	330 µg	3,4 µg	110 mg	800 µg	5 µg	12 mg
Femmes adultes	1,1 mg	1,5 mg	11 mg	1,5 mg	300 µg	2,4 µg	110 mg	600 µg	5 µg	12 mg
Femmes enceintes	1,8 mg	1,6 mg	16 mg	2 mg	400 µg	2,6 µg	120 mg	700 µg	10 µg	12 mg
Personnes âgées	1,2 mg	1,6 mg	14 mg	2,2 mg	350 µg	3,0 µg	120 mg	700 µg	10-15 µg	20-50 mg
C. Minéraux et oligoéléments										
	Ca	P	Mg	Fe	Zn	I	Se			
Hommes adultes	900 mg	750 mg	420 mg	9 mg	12 mg	150 µg	60 µg			
Femmes adultes	900 mg	750 mg	360 mg	16 mg	10 mg	150 µg	50 µg			
Femmes enceintes	1000 mg	800 mg	400 mg	30 mg	14 mg	200 µg	60 µg			
Personnes âgées	1200 mg	800 mg	400 mg	10 mg	12 mg	150 µg	80 µg			

Tableau I : Apports nutritionnels conseillés, Anses (10)

En 2019 Santé publique France a consulté l'Anses et le HCSP afin d'éditer de nouvelles recommandations sur l'alimentation des adultes en population générale dans le cadre du programme national nutrition santé (figure 1) (11). Ces recommandations simplifiées ont été testées avec des études qualitatives, quantitatives et des tests en psychologie sociale afin de s'assurer une compréhension et une acceptation optimale de la population.

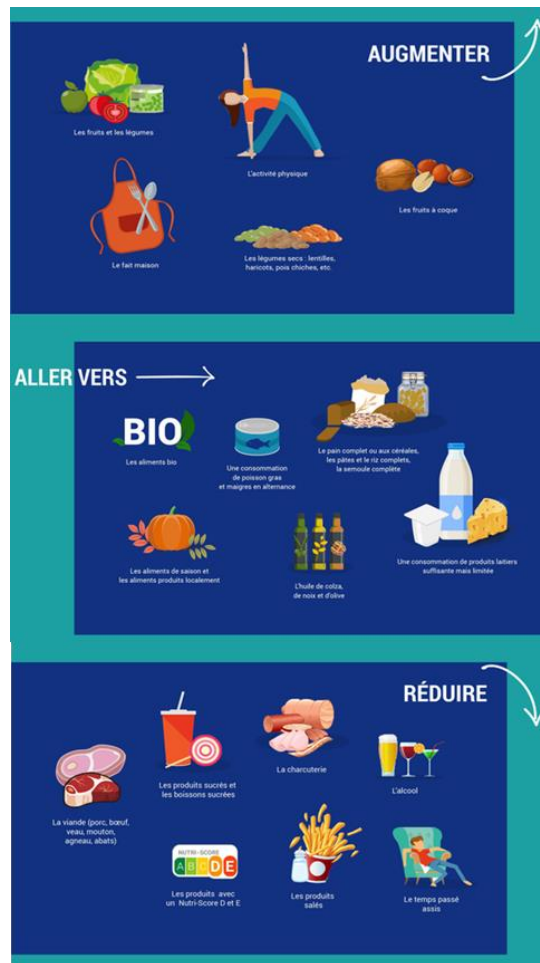


Figure 1 : Recommandations du PNNS 4 (11)

Plus précisément, celles-ci incitent à augmenter les portions de fruits et légumes (5 par jour) en privilégiant les produits bio, locaux et de saison. Fruits à coques et légumes secs sont mis en avant, contrairement aux fruits secs et jus de fruits, riches en sucre. Les produits laitiers eux, devraient être consommés 2 fois par jour. En ce qui concerne les matières grasses ajoutées, elles peuvent être consommées tous les jours en petite quantité en privilégiant l'huile d'olive, de noix et de colza. Féculents complets plutôt que raffinés devraient être consommés au moins une fois par jour pour leur teneur en fibre. La viande à privilégier est la volaille, les autres viandes devraient être limitées à 500g par semaine. Il faudrait également consommer deux fois du poisson par semaine (dont un poisson gras) en variant les espèces. La charcuterie : limitée à 150g par semaine en privilégiant le jambon blanc et le jambon de

volaille. La consommation de sel devrait être réduite. Enfin, les boissons sucrées, les aliments gras, sucrés, salés et ultra transformés devraient être limités au maximum.

1-2-Activité physique/Loisirs

Hippocrate encore, affirmait déjà à son époque que le manque d'activité physique était préjudiciable pour la santé.

Les premières études scientifiques montrant l'intérêt de l'activité physique pour la santé ne sont arrivées que bien plus tard, au début des années 1950, Morris & al (12) mettaient en évidence un excès de décès par maladie coronarienne chez les travailleurs sédentaires comparativement aux travailleurs physiquement plus actifs.

Ce n'est que depuis les années 1990 que la sédentarité est considérée comme un facteur de risque cardio-vasculaire. Les premières recommandations médicales datent du début des années 90 aux États-Unis, édictées par l'American College of Sports Medicine (13).

En 2019 en France, il est recommandé de faire au moins 30 minutes d'activité physique dynamique par jour et de réduire le temps passé assis. Il faut penser à marcher toutes les 2h et faire attention au temps consacré aux écrans.

1-3-Sommeil

Au même titre que l'alimentation, le sommeil est une fonction biologique essentielle au bon fonctionnement de l'organisme, on ne peut vivre sans dormir. Cette fonction biologique est d'autant plus essentielle qu'elle nous accompagne depuis 4 milliards d'années. En effet depuis l'apparition de la vie sur Terre, les premiers êtres unicellulaires alternaient déjà entre les phases de repos et les phases d'activité en fonction d'une horloge biologique interne.

Un sommeil adéquat est actuellement un pilier indispensable à l'obtention d'une qualité de vie satisfaisante. Il nous permet de récupérer nos forces physiques et psychiques, limiter nos dépenses énergétiques, diminuer notre température corporelle, sécréter des hormones de croissance, établir et consolider les connections neuronales... Une privation de sommeil entraîne donc rapidement des altérations biologiques, physiologiques et psychologiques.

Le centre d'investigation et de recherche sur le sommeil a édicté une liste de 10 conseils pour avoir une bonne hygiène de sommeil (14) :

- les horaires doivent être réguliers
- il faut restreindre le temps passé au lit au sommeil et aux activités sexuelles
- en cas de réveil nocturne, il ne faut pas s'acharner à trouver le sommeil
- mieux vaut éviter les siestes
- éviter également l'activité physique le soir comme les bains chauds ou l'activité intellectuelle intense
- les repas doivent être pris à horaires réguliers, pas trop lourds ou trop légers le soir, et éviter les excitants avant le coucher
- s'assurer d'avoir les meilleures conditions de sommeil : peu de bruit, peu de luminosité, une température adéquate et un lit confortable
- éviter les ruminations, apprendre à se relaxer
- éviter l'automédication
- rechercher un sommeil bien organisé et continu plutôt qu'un sommeil prolongé

1-4-Quelques autres habitudes hygiéno-diététiques :

De nombreuses autres HDD existent et jouent un rôle parfois primordial dans certaines maladies, elles ne seront pas développées dans ce travail pour éviter des durées d'entretien trop longues. Nous pouvons citer le rôle majeur des contacts sociaux de qualité dans les pathologies cancéreuses et psychiatriques, le rôle de l'exposition au soleil dans le cas des carences en vitamine D ou dans certaines maladies dermatologiques, l'hygiène corporelle pour les maladies infectieuses, l'hygiène buccodentaire, l'arrêt du tabac, l'arrêt de l'alcool, etc...

2-Spécificités de la zone rurale

2-1 Définition d'une zone rurale

Sont qualifiées de zones rurales, par l'Insee, "l'ensemble des communes peu denses ou très peu denses d'après la grille communale de densité" (15). Elles comprenaient 88 % des communes de France, pour 33 % de sa population en 2017.

2-2 Démographie

En France, 88% des communes sont rurales et abritent 33% de la population, avec une densité moyenne de 29,6h/km² en 1968. Le Cantal a vu sa densité de population diminuer de manière quasi-continue jusqu'à 25,3h/km² en 2019, ce qui en fait un des départements les moins denses de France.

2-3 Le travail dans le Cantal

Si l'agriculture semble omniprésente dans tout le département en dehors des villes, le Cantal ne compte parmi sa population de 15 ans et plus que 5% d'agriculteurs exploitants, 36% sont des retraités, 16% sont des employés, 12% des ouvriers, 11% des professions intermédiaires.

Le chômage ne touche que 6,4% des 15-64 ans ce qui fait du Cantal un des départements les plus actifs. Plus on s'éloigne des pôles d'activité, plus il y a d'ouvriers et moins il y a de cadres (15).

2-4 Egalité sociale

Les territoires ruraux semblent bien moins touchés par les inégalités sociales : en moyenne les disparités de revenus y sont nettement plus faibles que dans l'urbain, du fait d'une moindre présence de ménages sous le seuil de pauvreté dans les communes sous influence d'un pôle, et du fait d'une moindre présence de ménages aisés dans les communes les plus isolées (15).

2-5 Déserts médicaux

Souvent classées Zones d'intervention prioritaires (ZIP) ou Zones d'action complémentaire (ZAC), les communes rurales de France connaissent souvent des problématiques d'accès aux soins, c'est le cas de la vallée de la Cère qui est actuellement classée ZAC.

Cela est d'autant plus gênant que les zones rurales sont particulièrement demandeuses de soins médicaux : 39% des habitants des zones rurales seraient en surpoids (16) alors que la prévalence en France est estimée à environ 30% (17), la part des plus de 55 ans dans ces territoires atteint entre 30,6 % et 33,1 % selon les zones, contre 25,4 % à l'échelle nationale (18).

2-6 Transports

Pour se rendre au travail : 80% des actifs ruraux se rendent au travail en voiture, camion ou fourgonnette, seuls 10% marchent, et 1,5% s'y rendent en transports en commun (15).

2-7 Agriculture

Même si elle n'est plus aussi forte qu'auparavant, l'agriculture reste un des piliers de la vie rurale. Que ce soit pour la production animale ou végétale, pour la vente ou pour la consommation personnelle, en France les paysages ruraux sont systématiquement marqués par cette agriculture. C'est le cas notamment du Cantal, qui avec l'élevage bovin (pour la production de lait et de viande principalement) a fait de 95% de sa surface agricole utilisée en herbe et est considérée comme la première prairie de la région (19).

2-8 Nature

La proximité avec la nature, pour sa domestication aussi bien que pour sa protection est un atout non négligeable des zones rurales, permettant une facilité d'accès aux espaces verts, une certaine autonomie alimentaire (par le jardinage, l'élevage, la chasse, la cueillette...), de nombreux loisirs à faible coût (randonnées, vélo, ...) ...

3-Modifications des HHD dans l'histoire récente

3-1 Révolution industrielle

Avec l'évolution et la démocratisation des moyens de transport, la révolution industrielle marque un changement progressif mais majeur de nos habitudes de vie. L'activité physique n'est plus une nécessité pour se déplacer ou travailler mais devient de plus en plus un loisir. Dans le même temps, le développement des industries agro-alimentaires permettant un accès facile à une nourriture riche en calories a également contribué à accentuer le déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques. Bien entendu, si la physiopathologie de l'obésité ne doit pas se réduire à un simple déséquilibre de la balance apports/dépenses énergétiques, celui-ci semble avoir au moins en partie participé à

l'épidémie d'obésité actuelle (20). Si l'obésité a été un signe de bonne santé pendant de nombreux siècles, elle est maintenant reconnue comme une maladie chronique (21). Hypertension, diabète, dyslipidémies, syndrome d'apnée du sommeil sont parmi d'autres pathologies des complications fréquentes de l'obésité (22,23), sans compter la stigmatisation et les discriminations subies par les personnes obèses dans notre société.

3-2 Histoire récente :

En 2016, le surpoids concernait plus de 1,9 milliard d'adultes dans le monde (24) soit presque 40% du total des adultes. En 40 ans, le nombre de cas d'obésité dans le monde a presque triplé. Chez les enfants âgés de 5 à 19 ans, l'augmentation est encore plus marquée, passant de 4% de surpoids à plus de 18% (x4,5) dans la même période. Cette épidémie mondiale, liée principalement à une augmentation de la consommation d'aliments très caloriques, riches en lipides et à une diminution de l'activité physique (sédentarité, évolution des modes de transport, urbanisation...) semble difficile à maîtriser. Le surpoids et l'obésité seraient responsables de plus de 4 millions de morts par an selon une étude publiée en 2020 (25). Même si elle ne fait pas partie des pays les plus mal classés, en France, l'étude Obépi 2020 (figure 2) (17) évaluait un passage de 8,5% de prévalence d'obésité à 17% sur les 23 dernières années, cette explosion du nombre de cas, au regard des complications que l'obésité peut engendrer en fait un des principaux enjeux de santé publique.

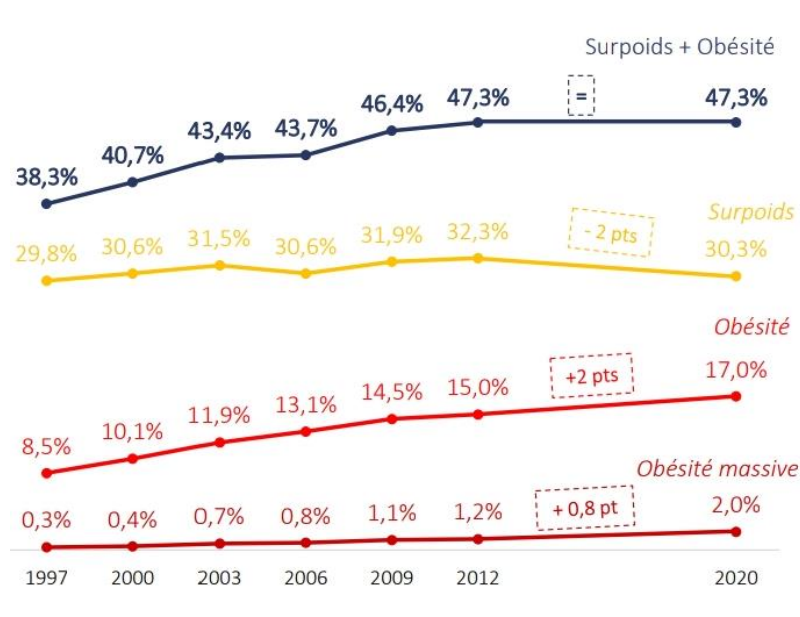


Figure 2 : Evolution de la prévalence de l'obésité (17)

Les modifications de nos habitudes de vie liées aux écrans et à la surstimulation durant ces dernières décennies ont également eu pour conséquence notable une augmentation de la fréquence des troubles du sommeil et des syndromes anxiodépressifs (26) qui sont eux-mêmes en partie responsables de nombreuses pathologies.

3-3 Suite à la crise sanitaire...

C'est dans ce contexte qu'en décembre 2019 à Wuhan apparaissaient les 1ers cas de SARS-CoV-2 responsables de la pandémie mondiale qui engendra l'une des plus importantes crises sanitaires de notre temps. Très rapidement, l'obésité est apparue, avec l'âge, comme l'une des principales causes de forme grave de la maladie (27), comme c'est d'ailleurs le cas dans de nombreuses autres pathologies. Dans l'urgence, la distanciation sociale et les confinements ont été des mesures phares prises par de nombreux pays pour diminuer la propagation du virus. Les conséquences psychologiques de la pandémie (28-29-30), ainsi que

la sédentarisation de la population liée aux différents confinements (31-32-33-34-35) et les modifications des habitudes alimentaires observées (28-31-32-33-36-37-38) font craindre un risque d'aggravation de l'épidémie d'obésité à l'échelle mondiale.

Peu d'études semblent faire état d'un statu quo ou d'une amélioration des HDD. Une revue de la littérature (39) portant sur un peu moins d'une centaine d'études arrive à la conclusion d'une amélioration modeste de la qualité diététique de l'alimentation chez les populations méditerranéennes ainsi que celles du Canada et du Mexique, mais la France faisait exception ainsi que de nombreux autres pays hors méditerranée. Certes, on a pu remarquer une plus forte adhérence au régime méditerranéen dans certains pays, mais elle est souvent associée à une augmentation des quantités alimentaires et des grignotages et ne tient pas compte des modifications d'activité physique.

Peu d'études réalisées jusqu'à maintenant permettent de distinguer les conséquences de la crise sanitaire sur les habitants des zones urbaines et ceux des zones rurales :

Une étude sur plus de 2500 polonais a permis de montrer un impact plus important en zone urbaine (niveau de stress plus élevé et prises de poids plus fréquentes), mais sans pouvoir en dégager les causes associées (40).

En France, habiter en zone rurale ou dans une petite ville semble associé à une absence de modification des habitudes diététiques dans un contexte globalement négatif lié aux confinements (6).

Il semble logique de penser que les conséquences d'une crise sanitaire de cette ampleur vont diverger en fonction de la zone géographique étudiée, en fonction notamment de la facilité d'accès aux biens de première nécessité, de l'accès aux soins médicaux...

En effet, une autre étude, américaine cette fois, semble montrer que la crise a été particulièrement lourde de conséquences sur cette population rurale du Kentucky (41) qui vivait une crise financière et a dû faire face à des difficultés d'approvisionnement en nourriture.

Les conséquences de cette crise varient énormément d'une zone à une autre, sur des aspects divers : une étude chinoise a montré que les personnes habitant en zone urbaine, plus anxieux et plus enclins à la dépression, avaient plus de connaissances concernant le covid et étaient plus susceptibles de partager leurs connaissances et conseiller aux autres de prendre des mesures préventives que leurs homologues vivant en zone rurale (42).

Dans les pays en voie de développement aussi bien qu'en zone rurale, l'impact sur les HHD semble moindre comme le montre cette étude sur 14 pays (43), ce qui pourrait poser la question de facteurs protecteurs communs aux pays en voie de développement et aux zones rurales.

Cette étude a pour objectif d'évaluer les conséquences de la crise sanitaire sur les HHD d'une population rurale française d'Auvergne, par une démarche qualitative, et ainsi de tenter de comprendre les facteurs associés à ces modifications et les stratégies éventuellement mises en place pour les éviter.

MATERIEL ET METHODE

1- Choix de la méthode qualitative

Pour répondre à l'objectif principal de la thèse : « Quel est l'impact de la crise sanitaire sur les HHD des populations rurales ? », nous avons décidé de mener une étude qualitative avec des habitants de la vallée de la Cère dans le Cantal. Ainsi des entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec différentes personnes sélectionnées au hasard dans l'annuaire téléphonique. Ces entretiens individuels ont été réalisés grâce à un guide d'entretien semi-structuré et évolutif, spécifique à la question de recherche. Nous avons choisi cette méthode qui permettait aux personnes de s'exprimer de la manière la plus libre possible pour ainsi tenter de mieux comprendre leurs perceptions, leurs motivations, leurs attitudes et leurs opinions. Le recueil des données a été fait par prise de notes ainsi que par enregistrements audios de la quasi-totalité des entretiens. En effet seule une personne a refusé l'enregistrement audio, il a donc été transcrit directement. Enfin, les différents entretiens ont été analysés selon une méthode qualitative afin de faire apparaître les différents éléments de réponse. Le projet de thèse a été présenté oralement au comité d'éthique de l'INSERM qui n'a relevé aucun dilemme éthique et n'a pas jugé nécessaire la soumission du projet à un comité d'éthique.

2- Définition de l'échantillon

Toute personne inscrite sur l'annuaire 2015 dans les communes de Polminhac, Vic sur Cère, Thiézac et Saint Jacques des Blats était éligible à cette étude. Les sujets ont été recrutés suite à un appel téléphonique sur des numéros de téléphone pris au hasard.

Différents critères de diversité ont été pris en compte : âge, sexe, poids et sa variation dans les 2 dernières années, taille, antécédents médicaux, situations familiales et professionnelles.

3- Recrutement des sujets

Le recrutement des sujets a été effectué par l'enquêteur par contact téléphonique. Dans l'annuaire, la totalité des numéros de téléphone des communes de Polminhac, Thiézac, Saint Jacques des Blats et Vic sur Cère comptait 2357 numéros de téléphone, ils ont chacun été associés à un numéro de 1 à 2357 et les numéros de téléphone étaient tirés au sort à l'aide d'un générateur de nombre aléatoire disponible en ligne. Au téléphone, après présentations, il a été expliqué oralement le sujet de l'étude, son objectif principal, le déroulement de l'entretien avec sa durée approximative attendue. Après les différentes explications, un temps était consacré aux questions éventuelles puis un recueil oral de leur non opposition à la participation à l'étude était effectué. Le recrutement a cessé lorsque la saturation des données a été atteinte et que les entretiens ne voyaient plus émerger d'information significativement nouvelle.

4- Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés à l'occasion d'un rendez-vous planifié avec le sujet, après accord. Ils ont été réalisés soit au domicile du sujet (12/19), soit en cabinet médical (5/19) soit au domicile de l'enquêteur (2/19). Suite à l'accord oral des sujets, les entretiens ont été intégralement enregistrés. Seule une personne a refusé l'enregistrement audio et des notes ont alors été prises au cours de l'entretien. Il leur a également été rappelé que les enregistrements seraient par la suite retranscrits en verbatims et anonymisés, et qu'ils étaient basés sur le volontariat, avec la possibilité, à tout moment, d'interrompre l'entretien, ou de se retirer de l'étude jusqu'à la date de dépôt de thèse, et ce sans aucune justification. Les entretiens ont été initialement structurés grâce à un guide d'entretien réalisé suite à l'analyse de la littérature sur l'impact de différents facteurs sur les HHD (44). Au fil des entretiens, le

questionnaire a évolué (Annexe 1) et s'est adapté afin d'être mieux compris et ainsi d'obtenir des réponses plus claires et plus précises.

L'entretien était précédé d'un rapide questionnaire sur les données socio-démographiques et les antécédents médicaux (âge, poids (+variation dans les 2 ans) taille, situation familiale, situation professionnelle, antécédents médicaux-chirurgicaux, traitements).

La première question de présentation (« Comment définiriez-vous une habitude saine ou malsaine ? ») ouverte et évasive, a systématiquement amené à des réponses qui définissaient une habitude saine par l'exemple, et a donc rapidement nécessité quelques précisions pour s'axer plutôt sur l'objectif d'une habitude saine.

Chaque entretien a été transcrit en verbatim selon un ordre chronologique (de E1 à E19) de réalisation des entretiens et avec anonymisation des données. Les verbatims sont fidèles aux enregistrements. Ils reprennent mot pour mot les paroles des sujets ainsi que quelques éléments de langage non verbal (les silences, la gêne, les rires, etc.). Seuls quelques mots/phrases n'ont pas pu être retranscrits.

5- Analyse qualitative

Chaque entretien retranscrit le plus fidèlement possible l'opinion des personnes ayant accepté de participer à cette étude. Lorsque le doute était permis sur l'interprétation d'une opinion dans le dialogue, une triangulation a été réalisée afin de renforcer la perspective critique concernant les pistes d'interprétations soulevées.

Les verbatims ont été analysés afin de dégager différents thèmes. Les entretiens ont été analysés une première fois, ce qui a permis d'identifier plusieurs thèmes en lien avec la problématique, et une seconde analyse, plus poussée a permis de préciser les thèmes et de les structurer.

RESULTATS

1 - Description de l'échantillon :

19 personnes ont été interrogées, soit à leur domicile pour la majorité des cas (12/19), soit en cabinet médical (5/19), soit au domicile de l'enquêteur (2/19).

Ces personnes ont été sélectionnées au hasard dans l'annuaire téléphonique. Les entretiens se sont déroulés entre le 12 avril 2022 et le 10 juin 2022. Ils ont duré entre 5 minutes pour le plus court et 25 minutes pour le plus long avec une moyenne de 13 minutes environ.

Les données socio-démographiques sont les suivantes :

-11 femmes, 8 hommes

-âgés de 37 à 85 ans, avec une moyenne d'âge de 62 ans et une médiane à 66 ans

-situations familiales diverses : 16 couples, 2 célibataires, 1 veuve, dont 14 personnes avec des enfants.

-situations professionnelles variées (10 retraités de diverses professions, un ouvrier, une laborantine, une comptable, une agricultrice, un soudeur, une adjointe en mairie, une ASH, une hôtelière et une personne sans emploi)

-IMC moyen 26,8. 9 personnes en surpoids, 2 obèses, 1 obèse sévère.

-prise de poids chez 7 sujets (37%), dont 5 étaient déjà en surpoids et 1 obèse.

-perte de 2kg chez un sujet (en surpoids)

-poids stable chez les 11 sujets restants (5 avec un poids normal, 4 en surpoids, 1 obèse et 1 obèse sévère).

-6 personnes avaient une consommation d'alcool occasionnelle

-2 personnes consommaient du tabac de manière quotidienne

-Dans les 2 cas leur consommation, selon eux, n'a pas significativement évolué depuis ces 2 dernières années.

-Sur les 19 sujets, 12 avaient des antécédents médicaux nécessitant un traitement quotidien.
7 n'avaient aucun traitement.

2 - Analyse des résultats :

2-1 Les habitudes saines vues par les habitants des zones rurales :

Question 1 : Comment définiriez-vous une habitude saine ou malsaine ?

Pour 2 sujets, la santé relevait du domaine du **corps** :

*"...si elle est saine c'est qu'intellectuellement on sait qu'elle est bonne pour notre santé pour
notre corps..." (E7)*

"...pas avoir mal nulle part, pas de douleur..." (E13)

Pour 6 autres elle incluait le bien être **mental** :

*"...c'est quelque chose qui fait du bien au corps et même à tout [...] au mental, permettre
d'être bien dans son esprit." (E14)*

*"...si c'est malsain, vous prenez du poids, vous vous renfermez, vous faites une dépression..."
(E8)*

Pour 4 des habitants inclus dans l'étude, la dimension **sociale** était également évoquée :

"... une habitude saine c'est ce qui nous fait du bien à nous et aux autres" (E6)

*"...c'est être bien dans sa peau quoi, c'est pas se replier sur soi-même donc y'a une ouverture
au niveau social " (E19)*

6 personnes ont spontanément introduit la notion **temporelle** :

"...l'objectif c'est d'arriver le plus loin possible sur la vie..." (E17)

“Une habitude qui permet déjà de vivre plus longtemps et sans problème de santé” (E14)

Pour cette femme de 66 ans, il y a une différence de **priorité** dans les différents aspects de la santé :

“...qui va me permettre de vivre mieux, après longtemps c’est pas forcément la priorité.”

(E14)

2-2 Connaissances sur les habitudes hygiéno-diététiques

Question : Pourriez-vous me citer 5 habitudes hygiéno-diététiques que vous considérez comme saines ?

La majorité des personnes interrogées connaissent quelques habitudes **alimentaires** saines, bon nombre d’entre eux mentionnent la **régularité** des horaires de repas :

“...respecter les heures de repas...” (E4) “... “Manger à des heures fixes...” (E6) “...les repas matin midi et soir [...] et à heure à peu près fixe quoi.” (E10)

De nombreuses personnes vont souligner l’importance d’**éviter les excès** :

“...globalement éviter les excès” (E1)

Certains vont jusqu’à mentionner spécifiquement des **aliments** à éviter ou à augmenter :

“...manger pas gras, pas de sucre, mais bon sans se priver non plus...” (E12)

“La consommation d’aliment tel que tout ce qui est thé vert, gingembre [...] l’ail, [...] le citron...”(E7)

“Ce qui est malsain c’est [...] prendre trop d’alcool [...] manger beaucoup de pain...” (E8)

Pour plusieurs personnes, il est important de manger des produits issus de l’alimentation **biologique**, des fruits et légumes du **jardin** et de **cuisiner** soi-même ses repas :

“...cuisiner maison...ça j’y tiens beaucoup...” (E3)

“...préparer ses repas, pas acheter “tout prêt”...” (E6)

“...on mange des bons produits, j’aime bien le jardin, les légumes bio, les fruits...” (E10)

“Manger les légumes du jardin qui ne voient pas d’engrais, pas de pesticides...” (E12)

Le concept de l’**alimentation plaisir** a été évoqué par quelques-uns :

“...préparer ses repas [...] prendre du plaisir à les faire et à les manger...” (E6)

L’**activité physique** a été abordée par la plus grande partie des personnes interrogées (12/19) avec plus ou moins de précisions :

“...avoir un sport, ce qui est pas mon cas mais bon...” (E5)

“...faire une activité physique minimum [...] 2-3 fois dans la semaine [...] minimum 30 minutes” (E15)

Le **travail** faisait parfois office d’activité physique :

“Peut-être le sport mais bon, pour ma part non car je marche assez, on est agriculteurs donc on marche assez quand on travaille et quand on travaille pas on n’a pas envie de faire du sport.” (E9)

“...continuer à avoir le maximum d’activité, c’est-à-dire j’ai besoin de personne pour entretenir ma maison [...] travailler dans mon jardin...” (E18)

L’**activité intellectuelle** était importante pour cette personne :

“...c’est important d’avoir de l’activité, et aussi de l’activité intellectuelle, c’est à dire lire, se renseigner sur ce qui se passe dans le monde et autour de soi, lire, moi je lis pas mal voilà. Pour moi ça fait partie d’une vie saine aussi.” (E18)

Les **loisirs**, qui parfois se mêlent avec le travail, l’activité physique et l’activité intellectuelle, ont été souvent abordés comme de bonnes HHD, même s’ils semblent parfois être dénués des 3 :

“Après il y a quelque chose qui est important pour moi, ça m’a manqué c’est au niveau du sport, parce que je suis le rugby, donc à part regarder à la télé heu... Donc là quand ça a réouvert les matchs...Aller voir les matchs de rugby ça c’est important, c’est l’ambiance quoi, ça fait partie des loisirs quoi, les sorties...” (E19)

“...j’aime bien m’occuper des fleurs, moi j’aimais beaucoup l’extérieur [...] on faisait du théâtre, de la danse, mais on n’a pas pu continuer donc ça m’a beaucoup perturbé.” (E16)

“Sinon je me mets sur le canapé à regarder la télé tranquille ça me permet de penser à autre chose que le boulot. Si je ne le fais pas le soir je pars au lit je calcule tout ce que j’ai fait le lendemain, je n’arrive pas à m’endormir.” (E11)

Le **sommeil** a aussi souvent été mis en avant (5/19) :

“Bien dormir [...] au moins 8h par nuit oui puis dans des bonnes conditions, ici par exemple on n’est pas gêné par le bruit donc on peut passer une bonne nuit” (E2)

“...avoir un niveau de sommeil correct, 7h pour moi faut que ce soit régulier...” (E5)

“... pour le sommeil éviter tout ce qui est écran...” (E15)

L’**hygiène sociale** a également été évoquée à plusieurs reprises, une fois avec la notion de proximité spatiale, une autre fois avec l’importance des liens familiaux :

“Ensuite un truc important aussi c’est entretenir des relations sociales équilibrées et au niveau du territoire.” (E2)

“Avoir des liens sociaux, c’est à dire avoir des amis c’est très important, vivre en harmonie avec sa famille, ses enfants ses petits-enfants ses parents ses frères et sœurs. Avoir des relations de qualité avec sa famille ses amis, même si au cours d’une vie ça évolue, y’en a qu’on voit moins y’en a qu’on voit plus, ça change mais c’est important.” (E6)

L’**hygiène corporelle** n’a été abordée que lors de 2 entretiens :

“Se laver les mains...” (E3)

“...on a appris à se laver les mains souvent, mettre le gel hydroalcoolique, les masques tout

ça c’est un réflexe après...” (E8)

Les **relations sexuelles** n’ont été abordées qu’une seule fois :

“Ouais beh la relation sexuelle je trouve que c’est important.” (E7)

<u>Alimentation</u>	<u>Activités</u>	<u>Sommeil</u>	<u>Social</u>
-Régularité	-Physique	-Horaires réguliers	-Entretenir ses relations
-Eviter les excès	-Travail	-Eviter le bruit	-Qualité des relations
-Aliments spécifiques	-Intellectuelle	-Eviter les écrans	-Hygiène corporelle
-Alimentation bio	-Loisirs		-Relations sexuelles
-Aliments du jardin			
-Cuisine maison			
-Alimentation plaisir			

Tableau II : Connaissances sur les HHD

2-3 Impact global de la crise sanitaire sur leur santé

Question : Quel est l’impact de la crise sanitaire sur votre santé de manière générale ?

Pour une grande partie des personnes interrogées (8/19), l’impact de la crise sanitaire était considéré comme **négligeable** sur leur santé :

“Heu... Je sais pas, non pour moi elle a pas eu d’impact, déjà j’ai pas attrapé le covid [...] j’ai même pas eu de fatigue, ça a été une vie normale.” (E5)

“Positives j’en ai pas vu, après négatives heu... Sur ma santé ? Non, non plus.” (E9)

“Moi je n’en ai pas eu ouais non j’ai continué à travailler j’ai toujours eu le même rythme.”

(E11)

Pour 8 sujets, la crise a eu des conséquences plutôt **négatives** sur leur santé :

“...il y a eu plus de négatif que de positif...” (E12)

“Aucun impact, enfin aucun impact... Je me suis ramassé le covid il y a un mois et demi je respire toujours avec le nez bouché, ça c’est un impact ! ” (E2)

“Oui la crise sanitaire a eu des conséquences restrictives...”(E8)

Enfin pour 3 personnes, la crise sanitaire aura eu un impact plutôt **positif** sur leur santé :

“-Non je n’ai pas eu de conséquence particulière, après peut-être une conséquence positive, si on peut dire, c’est le fait d’avoir mis le masque...” (E1)

“Très positif, on a des bons de sortie ils n’ont jamais servi et ils ne serviront jamais, c’était très bien et c’est toujours très bien maintenant...” (E13)

“-D’accord plutôt positif alors [...] -Oui voilà.” (E15)

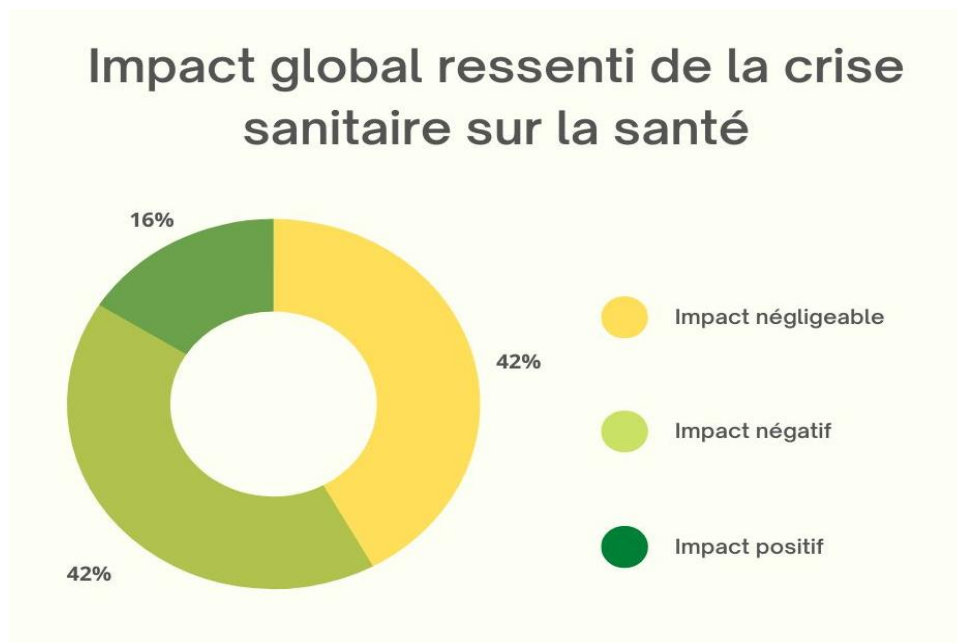


Figure 3 : Impact ressenti de la crise sanitaire sur la santé des personnes interrogées

2-3-1 Les conséquences négatives

De nombreuses personnes ont ressenti de l’**anxiété**, pour elles ou pour les autres :

“Après un peu d’anxiété pour mon fils, on se faisait du souci mais ça m’a pas empêché de dormir même si on se pose la question...” (E5)

“Moralement... Un peu de stress mais ça ne nous a pas non plus perturbé plus que ça.” (E10)

“Y’a eu un côté un peu angoissant je pense que c’est pas bien pour la santé.” (E14)

La **dégradation des liens sociaux** a été souvent citée :

“...ça nous a fragilisé quand même, on fait plus la bise à nos enfants [...] Cette proximité-là elle y est plus.” (E6)

“...on pouvait plus voir ses amis, on pouvait plus sortir à 1km de chez soi on était obligé de faire des permissions de sortie... ça c’est restrictif, ça a eu un impact sur ma santé...” (E8)

“...on s’embrasse plus on se serre plus la main, on s’est privé de nos amis, de nos sorties, je n’ai pas vu quelque chose de positif...” (E12)

Le **coronavirus** en lui-même n’a été cité que par une personne :

“Après 3 vaccinations je me suis chopé le covid, ça n’a pas duré longtemps, 40 de fièvre, une journée mais je n’ai toujours pas récupéré une respiration normale, c’est quand même un truc extraordinaire ça !” (E2)

Les **difficultés financières** ont parfois été des facteurs aggravants :

“7500€ de perte sur la location des gîtes [...] on a des emprunts à rembourser et c’est très très mal tombé !” (E2)

“Après y’a eu un impact financier. Y’a eu des aides de l’état qui nous ont bien aidés mais on a tout rebouffé donc là c’est moins marrant quoi.” (E6)

Pour une autre, la **vaccination** a eu pour effet de diviser la population :

“Ça aussi cette gestion du vaccin ça a été un peu compliqué quoi, ça a divisé la population ...” (E6)

Pour cette personne, la crise sanitaire a également généré une **surcharge de travail** :

“Et qui dit covid dit surcharge de travail [...] En trésorerie on n’a pas pu partir en télétravail, les personnes vous sollicitaient en entreprise parce que vous étiez sur place quoi. Donc c’est quand même difficile quoi, c’est une charge en plus.” (E6)

La gestion politique de la crise sanitaire a eu pour effet, pour une personne, une **perte de confiance dans la politique** :

“Mais c’est surtout le fait de savoir qu’on avait en France une politique sanitaire qui paraissait être bonne et on ne se faisait pas tellement de soucis par rapport à ça et puis finalement on a vu que c’était pas tout à fait le cas et ça bon ça posait un problème disons moral quoi.” (E18)

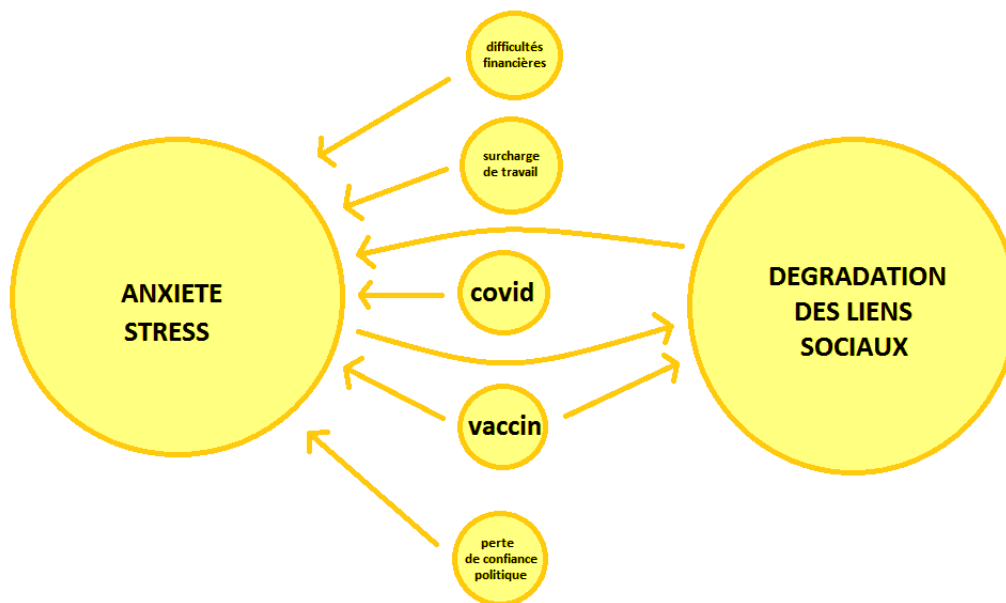


Figure 4 : Conséquences négatives de la crise sanitaire et leurs relations selon les personnes interrogées. La taille des cercles est proportionnelle au nombre de réponses.

2-3-2 Les conséquences positives

Pour certains sujets, la crise sanitaire a permis une **prise de conscience** à différents niveaux :

“...ça fait prendre conscience aussi, qu’on n’est pas grand-chose par rapport à la vie et qu’il faut voir les réalités, qu’il faut penser plus à sa santé qu’à autre chose quoi.” (E4)

“Dans la façon de consommer, peut-être qu’on a pris conscience qu’on n’avait pas besoin de tant de vêtement par exemple. On a fait travailler nos commerçants plus localement, on va beaucoup moins à la grande surface, on privilégie une alimentation de proximité ou de qualité.” (E6)

La crise sanitaire a pu dans certains cas **libérer du temps** :

“on a pris le temps de redécouvrir les repas [...] ça a permis de se retrouver plus en famille, de boire l’apéro comme on dit.” (E4)

“...le temps qu’on a eu ça nous a permis de plus faire des recherches...” (E7)

Pour 2 sujets, les **mesures d’hygiène** ont eu un impact positif :

“...le fait d’avoir mis le masque, j’ai eu beaucoup moins d’allergies, tout ce qui est pollen tout ça.” (E1)

“j’ai fait plus attention [...] aux gestes d’hygiène, lavage des mains, changer les gants, [...] rien que le port du masque, si on parle plus de covid je pense que nous ça serait bien qu’on le porte tout le temps parce que nous on n’a pas connu les gastro la grippe, qui ont drôlement diminué.” (E15)

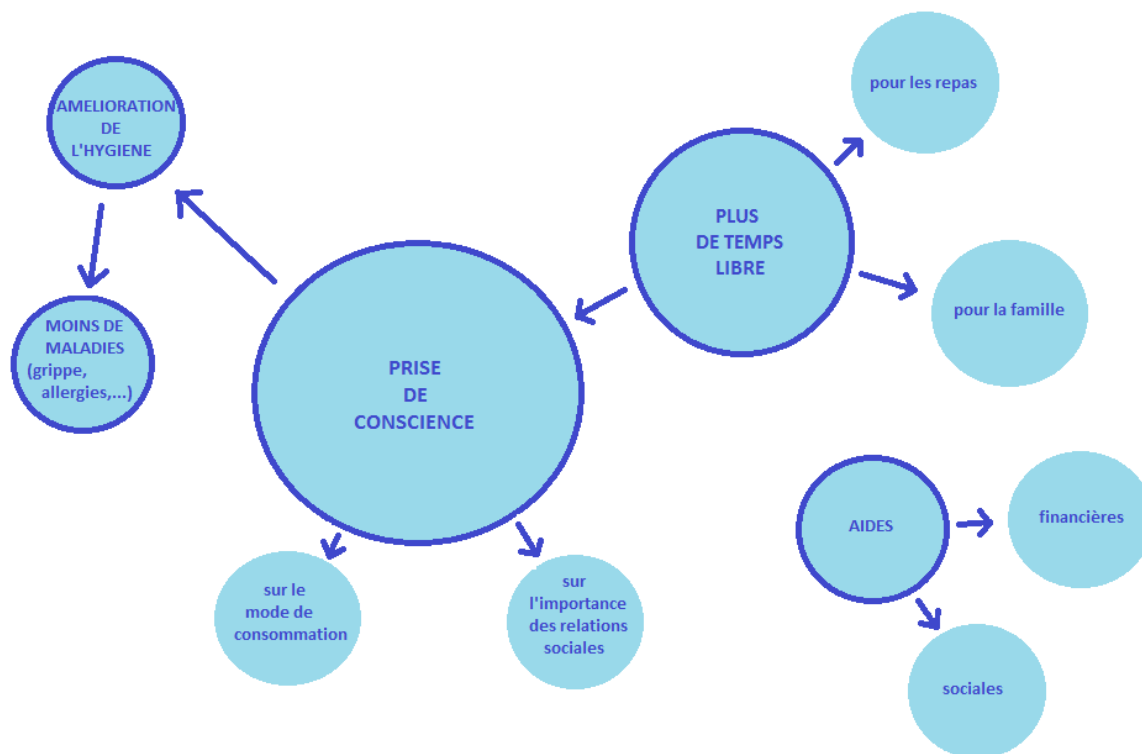


Figure 5 : Conséquences positives de la crise sanitaire et leurs relations selon les personnes interrogées. La taille des cercles est proportionnelle au nombre de réponses.

2-4 Les facteurs associés aux conséquences de la crise sanitaire

Question : Si la crise sanitaire a eu un impact sur votre santé, ou si elle n'a pas eu d'impact, pouvez-vous expliquer pourquoi ou comment ?

2-4-1 Les facteurs protecteurs

Vivre à la **campagne**, vivre dans une **maison**, avoir de **l'espace** et avoir la possibilité de **sortir** ont tous été vécus comme des facteurs protecteurs :

“L'avantage que nous avons eu quand même avec le confinement c'est le fait d'avoir une maison, de pouvoir sortir tout ça...” (E1)

“...c'est parce-que j'habite à la campagne, parce-que c'est quand même pas pareil que quand on est en ville, quand on est à la campagne on a de l'espace.” (E3)

“Et encore nous on est à la campagne, on peut faire le tour de la maison, aller au jardin, faire promener le chien” (E6)

“...nous ici on pouvait sortir chez nous on n'était pas enfermés dans un appartement.” (E12)

“Après 1km à vol d'oiseau y'a des belles balades autour, ça devient récurrent comme balade mais au moins on peut sortir, croiser quelques personnes même s'il fallait pas trop de contact, on mettait le masque mais bon...”(E19)

L'**entourage** a également été un facteur protecteur :

“...chacun reste chez soi, on se téléphone bien mais c'est pas pareil, on se sent seul quoi, heureusement que j'ai eu mon amie...” (E16)

“...déjà le fait de vivre en couple, ça c'est un point positif... (E19)

L'**information par les proches** a pu aider plusieurs sujets :

“Déjà je travaille au labo donc on a bien été accompagnés au niveau biologiste quoi parce-que c'est vrai qu'avec les médias vous savez bien.” (E5)

“L'éducation je pense, on est une famille de 3 à la maison y'avait pas d'argent donc on a toujours fait avec les produits de la ferme donc on a toujours appris à se débrouiller avec ce qu'on avait en fait.” (E6)

Trouver des **occupations** et continuer à **travailler** ont également permis à certains d'être moins touchés :

“Moi elle n'a pas eu d'impact, mes ouvriers au premier confinement se sont arrêtés un peu moi j'ai continué à travailler tout seul.” (E11)

“...les horaires de sortie on n'en avait pas forcément car on avait un travail qui nous permettait d'être toujours dehors...” (E9)

“... on a fait plus d’activité dans la maison tellement bien qu’aujourd’hui y’a pas grand-chose à faire [...] des papiers des peintures des trucs on en a fait un peu partout donc ça occupe, ça ça vide l’esprit déjà...” (E19)

Les **aides de l’état** ont été un soutien pour 2 sujets interrogés :

“Y’a eu des aides de l’état qui nous ont bien aidés mais on a tout rebouffé donc là c’est moins marrant quoi.” (E6)

“...le seul truc avec la crise sanitaire c’est qu’on a trouvé un “cours des halles” qui nous a livré nos machins on se déplace même pas en ville c’est lui qui vient nous livrer, on avait vraiment tout pour plaire...” (E13)

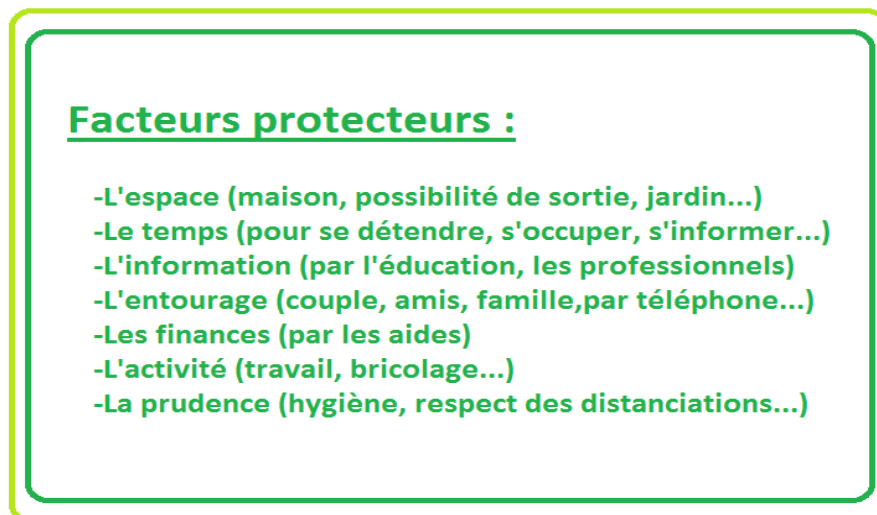


Figure 6 : Facteurs protecteurs perçus par les sujets interrogés, par ordre décroissant du nombre d'apparition

2-4-2 Les facteurs aggravants

Bien qu’habiter à la **campagne** a souvent été cité comme facteur protecteur, cela a été néfaste pour cette personne qui aurait préféré vivre à la ville :

“...moi je suis pas dans un lotissement, je suis dans une maison à part dans la montagne je voyais plus personne [...] j’aurai peut-être préféré vivre à la ville pour voir du monde. Être toujours tout seul c’est pas évident.” (E8)

En effet, contrairement aux personnes habituées à vivre seules, les personnes avec un fort **besoin relationnel** et qui n’ont pas pu voir leurs proches ont eu des difficultés :

“...chacun reste chez soi, on se téléphone bien mais c’est pas pareil, on se sent seul quoi...” (E16)

“...ça nous a manqué de voir des gens...” (E14)

Regarder ou écouter les **informations** a été vécu également comme plutôt négatif par plusieurs sujets :

“...quand on écoutait les infos par rapport à ça ce qu’en disaient les professionnels, bon ce n’était pas très encourageant quoi, et c’était pas fait pour nous remonter le moral...” (E18)

“je regarde le journal télévisé à 1h et puis je regarde plus les informations de la journée, je regarde la montagne et puis je limite parce que les actualités en boucle c’est stressant hein” (E19)

L’**absence de possibilité de faire du télétravail** a pu être délétère pour cette personne :

“En trésorerie on n’a pas pu partir en télétravail, les personnes vous sollicitaient en entreprise parce que vous étiez sur place quoi. Donc c’est quand même difficile quoi, c’est une charge en plus.” (E6)

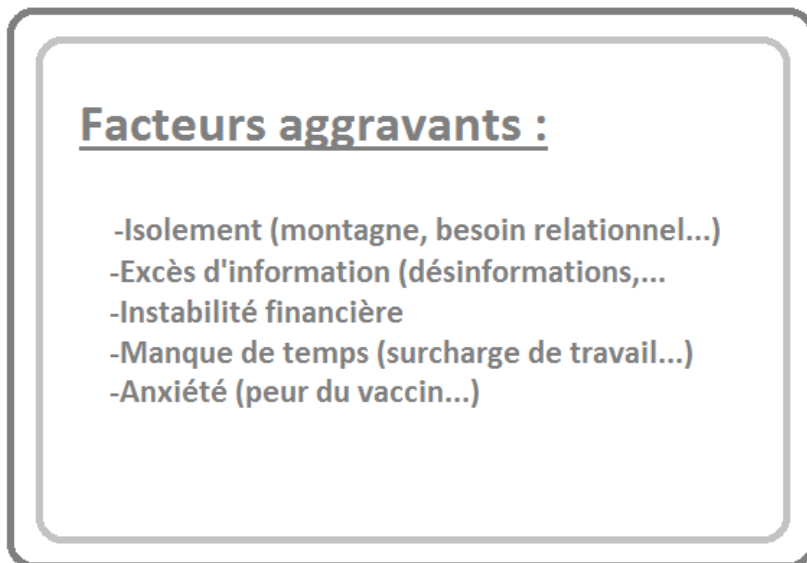


Figure 7 : Facteurs aggravants selon les personnes interrogées, par ordre décroissant du nombre d'apparitions

2-5 Impact de la crise sanitaire sur leur activité physique

Question : Quel est l'impact de la crise sanitaire sur votre activité physique ?

Pour la majorité des personnes, l'activité physique a été **peu ou pas impactée** :

"Pas d'impact particulier, non." (E3)

"...j'aurai dû peut-être profiter justement de marcher, de prendre le temps de faire des exercices, personnellement je ne l'ai pas fait..." (E4)

"Ça a été pareil puisque je vous dis j'ai travaillé pareil..." (E5)

Pour 4 sujets interrogés, il y a eu une **baisse** de l'activité physique :

"-Ah beh oui j'allais beaucoup moins loin [...] là on recommence à vivre, ce matin j'ai marché pendant 2h à peu près [...] J'essaie de me remettre à niveau, comme avant le covid ! -Mais vous n'y êtes pas encore arrivé !? -Non pas encore, pas encore." (E8)

"Ah mon activité oui absolument, on voit qu'il y a eu un fléchissement sur beaucoup de choses. Oui on s'est un peu sédentarisés" (E13)

“La crise a-t-elle eu un impact sur votre activité physique ? -Ah oui c’est sur car je pouvais plus danser, sortir, faire du théâtre, je faisais du théâtre en patois.” (E16)

Pour 3 autres personnes, leur activité physique a **plutôt augmenté** :

“Ça a peut-être eu plus un impact positif en fait car ça m’a permis pratiquement tous les jours de faire un peu d’exercice physique, d’aller marcher, comme on ne pouvait pas aller travailler, surtout que moi j’aime bien la rando tout ça donc...” (E1)

“...suite à mon burn-out je fais plus d’activité physique, pour moi c’est une bouée de sauvetage de vivre le plus possible dehors. Mais c’est vrai que la pandémie m’a fait me rendre compte à quel point c’était important.” (E6)

2-6 Impact de la crise sanitaire sur leurs comportements alimentaires

Question : *Quel est l’impact de la crise sanitaire sur vos comportements alimentaires ?*

Une nouvelle fois, l’**absence d’impact** concerne la majorité des personnes interrogées (11/19) :

“...je n’ai pas changé mais ça m’a renforcé dans mes convictions...” (E6)

“Pour moi franchement ça n’a pas changé grand-chose.” (E13)

“Oh non j’aime cuisiner, je varie ma cuisine, ça non pas d’impact.” (E16)

5 sujets ont conclu à un **impact positif** de la crise sur leurs comportements alimentaires :

“Si peut-être on a cuisiné un peu plus comparé à avant...” (E11)

“...on a fait plus de drive [...] on disait que ça arrangeait les restaurateurs finalement ça m’arrangeait aussi d’aller chercher le truc tout prêt.” (E14)

“Manger plus sainement oui ! Revenir aux choses simples [...] Le jardin, moi maintenant je suis adhérente au marché des producteurs c’est des produits sains, si ça m’a changé beaucoup.” (E15)

Enfin, seulement 3 sujets disent avoir eu une **modification négative** de leurs comportements alimentaires suite à la crise sanitaire :

“Je pense que comme j'ai eu le temps j'ai plus grignoté [...] pour moi l'impact a été plutôt négatif” (E4)

“Du coup vous avez un peu restreint la diversité des légumes que vous achetiez !?”

-Oui donc j'ai préféré que le vendeur me serve plutôt que des fruits que les gens avaient touchés.” (E12)

“...il fallait faire un repas plus conséquent. En qualitatif on a mieux mangé quoi mais en quantité...” (E7)

2-7 Impact de la crise sanitaire sur leur sommeil

Question : Quel est l'impact de la crise sanitaire sur votre sommeil ?

En ce qui concerne le sommeil, 12 personnes ont déclaré ne **pas** avoir eu **de modification** de leur sommeil au cours des 2 dernières années :

“Je dors pas beaucoup moi en général 6h par nuit, 6h 6h30, avant ou après la crise c'est pareil !” (E8)

“Alors non parce que je dors énormément, je fais mes 10h de sommeil par jour je suis une grosse grosse dormeuse !” (E17)

“Je dors peu, mais le peu que je dors je dors bien, je crois pas que ça ait eu un impact” (E16)

2 sujets ont déclaré avoir eu une **modification positive** de leur sommeil, l'un a augmenté la durée de son sommeil, l'autre a pu faire des siestes plus fréquentes :

“Non pareil, voire mieux, peut-être pas plus longtemps sur les nuits, mais des siestes, une voire deux siestes bien réparatrices.” (E1)

“Pareil, pas d’impact directement...Ça nous a permis d’avoir plus de temps de sommeil quand même.” (E7)

4 disent que la crise sanitaire a été à l’origine d’une **détérioration** de leur sommeil, parfois diminué en quantité, parfois en qualité, avec des réveils plus fréquents et une notion d’anxiété récurrente :

“Un peu oui, parce que de l’angoisse quand même, une qualité de sommeil moindre, angoissé par nos enfants [...] plus léger, on se réveille plus souvent” (E12)

“Je dirais un peu moins bon [...] plus haché aussi parce que on se réveille et on consulte les infos.” (E14)

“...se réveiller en milieu de nuit et pas se rendormir... On calcule, comme on calcule aujourd’hui avec la crise ukrainienne” (E19)

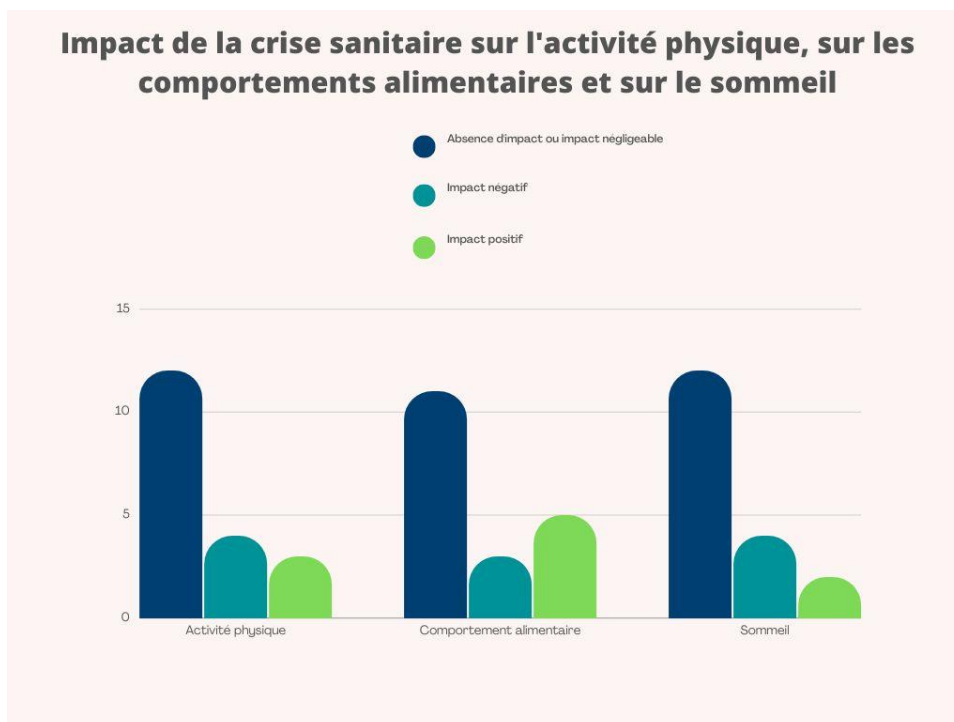


Figure 8 : Impact de la crise sanitaire sur l’activité physique, les comportements alimentaires et le sommeil

2-8 Leçons tirées de la crise sanitaire

Question : *Quelle est la chose la plus importante que vous ayez retenu de cette expérience ?*

Même si une grande partie des personnes interrogées (6/19) dit ne pas avoir retenu quoi que ce soit d'important de la crise sanitaire, de nombreuses personnes ont réalisé

l'importance des liens sociaux :

"... accorder plus d'importance aux amitiés véritables, aux liens de la famille..." (E6)

"Ouais c'est sûr que ça ça a manqué et c'est vrai qu'on est contents aujourd'hui de partir et de refaire des fêtes dans le village [...] du coup aussi que c'était important le lien..." (E7)

"Les gens se sont isolés et on manque de contact, voilà il y a un manque de communication..." (E16)

Pour ces 2 personnes, la crise a révélé le **côté individualiste de la société et a accentué les**

inégalités sociales :

"... ils sont devenu perso. Ce qu'on ressent ici c'est qu'il y a une classe, les riches et les pauvres, les intellos et les autres... C'est ce que je ressens." (E16)

"Je pense que ça nous a montré qu'on était dans une société individualiste, le covid nous a plongé dans ce côté" (E7)

Quelques-uns disent avoir retenu l'importance des **gestes barrières, du masque et de**

l'hygiène corporelle :

"Le lavage des mains souvent avec l'hydroalcoolique, heu... L'hygiène du corps ouais surtout c'est vrai que quand j'allais aux WC des fois je me lavais pas les mains alors que maintenant c'est systématique." (E8)

"Se laver les mains les gestes barrières tout ça c'est important et je vais continuer à les pratiquer." (E10)

“Ce que j’ai retenu c’est les contacts si vous voulez, protéger, voilà les choses comme ça moi l’hygiène de vie me laver les mains régulièrement je le fais depuis des décennies, trop d’ailleurs, c’est surtout par rapport aux contacts avec les autres personnes quoi !” (E18)

Même si **certains** n’ont **pas** été **convaincus** de leur utilité, notamment en ce qui concerne le **masque** :

“Le masque m’a bien été utile mais je ne suis pas sûr que je m’en resserrais.” (E1)

“Non, on a retiré le masque ! C’est moins contraignant ! Et encore moi je ne le portais pas souvent” (E2)

Pour 2 sujets, la crise sanitaire a été l’occasion de **relativiser** sur la condition humaine :

“...ça fait prendre conscience aussi, qu’on n’est pas grand-chose par rapport à la vie et qu’il faut voir les réalités...” (E4)

“On n’est pas grand-chose on est un petit atome, une petite unité voilà quoi [...] Se dire qu’on n’est pas tout puissant.” (E6)

La crise sanitaire a été pour certains l’occasion de se rendre compte de **l’importance de l’alimentation et de l’activité physique** :

“Il faut toujours essayer de faire une activité physique, je me suis rendu compte de l’importance du sport surtout.” (E1)

“Faire attention à soi, écouter son corps bien se nourrir et bouger voilà !” (E15)

2-9 Les sources d’informations

Question : Comment avez-vous obtenu les informations que vous avez à l’heure actuelle sur les habitudes hygiéno-diététiques ?

La plupart des personnes interrogées ont trouvé leurs informations dans les **médias**, que ce soit par la télé, la radio, les journaux :

“Bah aux infos, à la télé, je regarde beaucoup RMC bon des fois ils se contredisent mais bon dans l’ensemble on sait à peu près.” (E8)

“...tous les matins il y a une émission d’ordre médical entre 10h et 11h mais j’écoute d’une oreille, je suis pas toujours très attentive mais bon quand il s’agit de régimes ou de choses comme ça j’écoute. [...] La télé aussi de temps en temps mais pas trop.” (E18)

Internet, parfois encore dissocié des médias plus “traditionnels” a été également une source importante d’information :

“...bon on est informé par les médias et par recherche aussi un peu sur internet” (E2)

“On va chercher toutes les informations sur internet oui, quand on est un peu curieux...” (E4)

“Internet beaucoup parce que bon c’est vrai que ça aussi je pense à ça c’est qu’on a été plus du fait des différents confinements on a été plus à même de regarder internet comme tout le monde.” (E19)

Les **relations sociales**, qu’elles soient familiales, amicales ou liées au travail, ont également été souvent citées :

“...on en a parlé avec des amis.” (E1)

“...au labo, en discutant avec les collègues, voyez pour voir si on a des anticorps, en quoi ça consiste, oui on a été formés voilà.” (E5)

“L’éducation je pense, on est une famille de 3 à la maison y’avait pas d’argent donc on a toujours fait avec les produits de la ferme donc on a toujours appris à se débrouiller avec ce qu’on avait en fait.” (E6)

Les **médecins** ont été une source d’information pour quelques-uns :

“Notre ancien médecin nous a pas mal briefé aussi niveau hygiène alimentaire et compagnie.” (E6)

“Et puis le médecin aussi quand même !” (E12)

Certains qui étaient intéressés par le sujet ont pu faire une **recherche plus active** :

“On va chercher toutes les informations sur internet oui, quand on est un peu curieux...” (E4)

“J’aime bien tout ce qui est médecine douce notamment médecine chinoise qui est d’une grande sagesse du coup je fais du Chi Kung, j’aime bien les conférences sur l’importance des organes, l’énergie qui circule ou pas tout ça me parle vraiment depuis 15-20 ans.” (E7)

2-10 Les pistes d’amélioration

Question : Comment les médecins généralistes pourraient influencer positivement vos habitudes hygiéno-diététiques ?

Pour de nombreuses personnes interrogées, les médecins devraient être plus dans le **dialogue** :

“...je ne sais pas peut être en parler davantage avec les patients, même si les temps sont un peu serrés, dès qu’on prend un peu de poids, il faut en parler plus.” (E1)

“...l’information est très importante [...] pour moi ça passe plus par le dialogue.” (E5)

“...par la parole, la communication [...] on se dit si elle/il le dit c’est que c’est important quoi !” (E6)

“...prendre le temps d’expliquer, par la parole, pour expliquer ce qui se passe dans notre corps...” (E7)

Ils devraient être plus à l’**écoute** des patients :

“...les généralistes ne sont pas assez à l’écoute je trouve.” (E15)

“...mais quelquefois, ils sont pas trop à l’écoute ils sont pas trop psy.”

“Déjà il faudrait que les docteurs soient un peu plus à l’écoute...” (E17)

“...il faut prendre plus de temps et puis il faut questionner comme vous faites là [...] C’est sûr c’est être à l’écoute du patient...” (E19)

Certains parlent de la **difficulté** rencontrée par les médecins :

“Après c’est difficile de forcer les gens à faire quelque chose...” (E4)

“...le concours du médecin généraliste dans tout ça il n’y peut pas grand-chose...” (E2)

*“Ils disent ce qu’ils peuvent les pauvres après on écoute ce qu’on veut c’est ça le problème.”
(E9)*

“Je sais pas le rappeler aux gens mais après ils font ce qu’ils veulent...” (E12)

“... je pense que c’est pas le toubib qui est responsable de l’hygiène de vie des gens [...] je sais pas peut être que dans les campagnes y’a des habitudes qu’on a du mal à changer, vous avez le marché avec le charcutier qui fait des choses extraordinairement bonnes beh de temps en temps vous pouvez goûter aussi, y’a pas de problème, faut pas que ça soit l’ordinaire de votre vie....” (E18)

Certains patients préconisent d’**utiliser la peur** :

“...nous faire un peu peur quoi...” (E4)

“... à moins que ma prise de sang, si j’avais beaucoup de cholestérol ou des choses comme ça peut être je ferais des efforts mais... Oui mais faudrait qu’il me fasse vraiment peur, vous savez quand on est habitué comme ça depuis 50 ans je crois que la chose est faite...” (E9)

“Faut nous faire peur, mon grand-père est décédé à 84 ans le toubib lui avait dit faut manger sans sel, mais il serait mort de faim il pouvait plus rien manger...” (E10)

“...les mettre en alerte s’il y a quelque chose vraiment...” (E12)

Prendre plus de temps serait souhaitable, mais difficilement réalisable :

“...c’est peut-être ça qui manque le plus c’est du temps quoi...” (E7)

“...prendre autant de temps pour questionner quelqu’un... Pour moi aujourd’hui c’est guère envisageable hein...” (E19)

“Aujourd’hui on voit régulièrement le médecin parfois pour pas grand-chose donc vous avez beaucoup moins de temps [...] Il faudrait des journées de 28 heures...” (E19)

Améliorer la **formation** est également une piste :

“Et puis la formation je ne sais pas comment, mais c’est peut-être aussi ça qui est important.” (E7)

Avoir un **suivi plus fréquent** pourrait être utile pour certains :

“Le suivi d’une diététicienne c’est toutes les semaines, [...] elle vous appelle et toutes les semaines vous vous mesurez ça c’est très important parce que ça encourage...” (E8)

Ne pas hésiter à **adresser les patients aux spécialistes** :

“Elle aurait dû m’envoyer vers la diététicienne.” (E8)

Le **remboursement** de certains soins, notamment la prise en charge diététique peut être une solution également :

“ En France ils se plaignent que les jeunes grossissent que tout le monde devient obèse mais si [...] c’est pas remboursé...” (E8)

Pour cette personne, il faut **éviter de culpabiliser les patients** :

“En évitant de nous culpabiliser, déjà !” (E14)

S’appuyer sur des résultats d’**examens complémentaires** pourrait aider à amorcer des changements :

“...on fait des analyses, on vérifie si tout va bien sur ce plan-là et s'il y a un problème au niveau des GGT, le toubib peut dire là...” (E18)

Enfin, **augmenter le nombre de médecins et diminuer les sollicitations** serait souhaitable :

“...y’a pas suffisamment de médecins et ils sont de plus en plus sollicités.” (E19)

DISCUSSION

1- Discussion des résultats :

1-1 Perception des entretiens par l'enquêteur

Les 19 sujets ont rapidement accepté de participer à l'étude, seules 2 personnes ont refusé, une qui avait déménagé en zone urbaine et une autre, agricultrice qui était occupée par une période de moissonnage intense et qui aurait souhaité reporter l'entretien à l'automne. Que leur objectif soit d'aider un jeune généraliste à réaliser sa thèse, d'aider la recherche en santé, ou la simple curiosité de participer à une étude, ils ont su se montrer volontaires et impliqués avec un enthousiasme parfois étonnant, invitant souvent et avec plaisir l'enquêteur à leur domicile pour réaliser l'entretien.

Face à des questions parfois difficiles la plupart ont pris le temps de réfléchir afin d'apporter une réponse la plus pertinente possible. Plusieurs personnes se sont excusées de ne pouvoir aider plus et pensaient que des réponses négatives (comme lorsqu'ils disaient qu'ils n'avaient pas eu d'impact de la crise sanitaire sur leur alimentation ou encore leur activité physique) n'apportaient pas d'élément pertinent à l'étude. Certaines questions n'ont pas été comprises par tous mais après reformulation, la plupart ont pu répondre de façon satisfaisante. Certaines personnes se sont senties valorisées de pouvoir s'exprimer sur le sujet et de pouvoir donner leur avis.

1-2 Vers une nouvelle définition de la santé ?

Depuis 1946, l'OMS définit la santé comme : "... un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité."

Les concepts de bien-être physique, mental et social ont en effet été cités par de nombreuses personnes, bien qu'ils aient rarement été cités tous les 3 par une même personne.

Durant les entretiens, certaines personnes ont ajouté à ces concepts de "bien-être" les notions de priorité dans les actions à mener et le lien avec l'espérance de vie qui ne sont pas évoquées dans la définition actuelle de l'OMS qui est intemporelle et globale. En effet, même si l'importance de tel ou tel concept peut varier d'un individu à un autre ou d'un moment à un autre, il suffit qu'un seul de ces concepts ne soit pas "complet" pour que l'état de "santé" ne soit pas respecté. Pourtant, prioriser certains aspects de la santé sur d'autres peut permettre aux patients d'améliorer l'efficacité des actions qui sont entreprises pour améliorer leur santé selon leurs propres termes. Chacun a une définition personnelle de sa propre santé et pourra avoir envie d'en améliorer certains aspects plutôt que d'autres, le médecin pourra tirer parti de ces différences pour optimiser la motivation du patient.

1-3 Connaissances sur les habitudes hygiéno-diététiques :

Entre 1996 et 2008, le niveau de connaissance en matière de nutrition a augmenté de façon constante (45) selon l'étude baromètre santé 2008. Comme le montre cette étude, les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique sont positivement associés à la connaissance des recommandations nutritionnelles diffusées notamment par le biais d'actions d'information et d'éducation nutritionnelle.

Notre étude ne peut pas affirmer que le niveau de connaissance a continué d'augmenter ces dernières années, ni si celles-ci sont plus importantes qu'en zone urbaine, mais les entretiens ont permis de mettre en évidence une bonne connaissance des HHD de base des habitants

des zones rurales qui pourrait expliquer en partie le faible impact de la crise sanitaire sur leur santé.

Il est à noter cependant que très peu de personnes ont mentionné l'activité intellectuelle, alors qu'elle est reconnue comme bénéfique dans la prévention de nombreuses pathologies neurologiques comme les démences (46,47). Ceci est peut-être en partie lié à la faible médiatisation de l'importance de l'activité intellectuelle et pourrait faire l'objet de futures améliorations.

1-4 Impact de la crise sanitaire sur les habitudes hygiéno-diététiques :

Que ce soit sur leur HHD prises de manière indépendantes ou sur leur santé de manière générale, la plupart des personnes interrogées disent n'avoir été que **peu ou pas du tout impactées** par la crise sanitaire. Cette constatation vient confirmer les conclusions de nombreuses études réalisées jusqu'ici (39,40,48,49,).

Ceci étant, une autre partie, presque toute aussi importante dit avoir été **impactée de manière négative** sur ses HHD ou directement sur sa santé. Une augmentation de l'anxiété, un isolement social, une diminution de l'activité physique, une détérioration des comportements alimentaires et une dégradation du sommeil sont des conséquences de la crise sanitaire qui ont déjà été décrites par de nombreux auteurs (30,31,32,33,34,36,50,51,52).

20% des personnes interrogées disent avoir diminué leur activité physique, 20% ont constaté une détérioration de la qualité de leur sommeil, 15% ont eu une modification jugée comme négative sur leurs comportements alimentaires. Même si l'isolement social n'a pas fait l'objet d'une question spécifique, de nombreuses personnes ont parlé de l'impact négatif sur leurs

relations sociales avec parfois une rupture totale de certains liens, certains sont allés jusqu'à parler d'une "société individualiste". Un récent sondage réalisé montre que "54% considèrent que la société française est devenue plus individualiste suite à la crise sanitaire et par conséquent moins solidaire (69%)." (53)

Enfin une partie non négligeable des personnes interrogées disent avoir eu un **impact positif** sur leurs HHD ou sur leur santé, avec notamment une augmentation du temps d'activité physique(16%), une amélioration de la qualité de l'alimentation (26%) avec plus de jardinage, plus de plats cuisinés, une amélioration du temps de sommeil (10%) souvent permis grâce au temps libre supplémentaire dégagé par les différents confinements, ou encore une amélioration des habitudes d'hygiène corporelle... Cela a également été mis en évidence au cours de différentes études précédemment citées (6,31,48,49). En effet comme le souligne cette étude : "Une proportion significative des patients en surpoids ou obèses avec du diabète ont saisi l'opportunité du confinement pour améliorer leur hygiène de vie et pour perdre du poids." (49).

Malgré ces points positifs, certains chiffres sont inquiétants : 39% des personnes interrogées ont pris du poids, alors que seulement 5% en ont perdu (une seule personne). Bien que le résultat semble à priori meilleur que dans la population générale (prise de poids chez 57% des adultes français selon ce sondage IFOP (54)), le constat reste alarmant et l'épidémie d'obésité est loin d'être sous contrôle. De nouvelles mesures sont nécessaires afin d'éviter l'aggravation de la situation.

1-5 Facteurs protecteurs :

Comme le montre bon nombre d'études à travers le monde (6,40), **habiter en zone rurale** a pu avoir un effet bénéfique pour bon nombre de personnes interrogées. En effet, ces zones rurales présentent un atout de taille : **l'espace**. Elles sont naturellement isolées ce qui limite la propagation des maladies contagieuses de par la faible densité de population qui y est présente (55). Le confinement, contrairement aux zones urbaines y est ainsi moins bouleversant. En effet, même les personnes avec un revenu modeste peuvent habiter dans une **maison**, souvent avec un jardin et les appartements sont, à loyer égal, souvent bien plus volumineux. Ainsi, il est plus facile de **pouvoir sortir**, "prendre l'air", et la sensation d'être enfermé y est beaucoup moins intense même en appartement. Comme le dit bien cette personne : *"c'est sûr en ville confiné dans un appartement ça doit pas être marrant."*(E10)

Avoir un **entourage de qualité** est ici sans surprise un facteur protecteur, comme il l'est dans de nombreuses pathologies (56, 57). Les zones rurales sont souvent caractérisées par la difficulté d'y tisser et entretenir des liens sociaux, la sensation de solitude étant alors plus une habitude, celle engendrée par les différents confinements a été ressentie de manière moins intense qu'en zone urbaine (58).

Il en est de même pour le **niveau de connaissance** que ce soit par l'éducation ou par l'accès à une information fiable qui va permettre d'adopter les bonnes conduites, ceci a déjà été démontré pour les HHD dans cette étude basée sur les données de l'étude Baromètre nutrition 2008 (59). La « prise de conscience » engendrée par la crise sanitaire qui a été décrite par de nombreux sujets interrogés est ainsi un atout important. Celle-ci reflète en partie la force d'adaptation de l'être humain face aux modifications de son environnement et sera déterminante face aux crises futures.

1-6 Facteurs aggravants :

Que cela passe par les médias traditionnels ou par les médias sociaux, l'**excès d'information** semble lié à un impact plutôt négatif de la crise sanitaire (60,61). C'est ce qu'ont voulu exprimer 2 sujets lors des entretiens : *"le souci de trop s'informer" (E7) "ma mère par exemple elle a les informations en boucle, ça c'est très mauvais" (E19)*

L'**instabilité financière**, évoquée par certains comme facteur aggravant, est en effet fortement liée à la santé, et ce lien est largement documenté (62). Pourtant, les inégalités sociales étant moins marquées en zone rurale (15), on peut se demander si l'impact de l'instabilité financière ne serait pas également moindre en zone rurale qu'en zone urbaine.

Même si les zones rurales présentent des inégalités sociales moins marquées qu'en ville, une personne a dit avoir ressenti une accentuation de ces inégalités sociales et de l'individualisme de la société : *"...il y a un manque de communication, et ils sont devenus persos. Ce qu'on ressent ici c'est qu'il y a une classe, les riches et les pauvres, les intellos et les autres... C'est ce que je ressens."(E16)*. Ce phénomène est bel et bien présent et largement documenté notamment en France (63).

1-7 Les sources d'information :

Un peu plus de la moitié des personnes interrogées ont été informées par les médias traditionnels (53%) incluant les journaux, les revues, la télévision, la radio et les livres. Si on ajoute internet aux médias traditionnels, le chiffre s'élève alors à 63%.

Cela fait des médias la source principale d'information des adultes de plus de 18 ans.

En second viennent alors les amis et la famille qui ont été cités par 50% des personnes interrogées.

Enfin, le personnel soignant a été cité dans environ 15% des cas.

Ces chiffres semblent cohérents avec l'étude INCA 3 de juin 2017 concernant les sources d'information sur l'alimentation (64).

1-8 Les pistes d'amélioration :

Seule une faible proportion de personnes trouve que les médecins font assez bien leur travail pour la promotion des HHD, ils reconnaissent que la tâche est souvent difficile et qu'ils n'y peuvent finalement pas grand-chose, que la responsabilité revient surtout aux patients.

Par contre, nombreuses sont les personnes qui pensent que le médecin pourrait améliorer sa prise en charge :

Que le médecin soit plus enclin au **dialogue**, à la fois en informant et en étant à l'**écoute**, qu'il évite de culpabiliser les patients, qu'il soit plus **encourageant**... A toutes ces demandes, l'entretien motivationnel pourrait être un outil efficace : "il permet d'explorer l'ambivalence au changement du malade et d'arriver à la dépasser en misant sur une approche ouverte et respectueuse de ce qu'il vit et ressent face à son problème. Elle n'impose rien, n'utilise ni la peur ni la menace." (65)

Cependant cette approche peut ne pas correspondre à tous les patients. En effet, même s'ils sont nettement moins nombreux, certains sujets interrogés disent avoir besoin de la **peur** comme d'un moteur pour initier un changement. S'il existe une résistance croissante à l'utilisation de la peur pour des raisons éthiques et psychologiques (66), il n'en demeure pas moins qu'elle soit en effet efficace dans de nombreux domaines pour influencer positivement certains comportements (67). C'est la raison pour laquelle de nombreux messages de prévention utilisent la peur, comme par exemple les messages de lutte contre le tabagisme

ou contre l'alcool au volant. Pourtant, certaines études montrent que l'information sur la sévérité des conséquences négatives issues d'un comportement à risque pourraient susciter une réaction défensive ou encore un effet nocebo. Ces réponses contre-productives pourraient être évitées en fournissant des informations sur les moyens d'adopter les comportements recommandés ainsi qu'en essayant de convaincre les personnes ciblées qu'elles sont personnellement vulnérables à un risque (68). D'autres méthodes que l'utilisation de la peur devraient être envisagées.

Plusieurs personnes ont fait la remarque que les médecins devraient prendre plus de **temps**, qu'ils devraient avoir un suivi plus fréquent, ou qu'ils devraient tout simplement être plus disponibles. Bien que les médecins disent avoir une influence sur l'organisation de leur emploi du temps, ce dernier semble en grande partie lié à une problématique de démographie médicale entraînant une surcharge de travail. Comme le dit bien une des personnes interrogées, *“y'a pas suffisamment de médecins et ils sont de plus en plus sollicités (...) Il faudrait des journées de 28heures je sais pas moi...” (E19)*

2 Originalité et limites :

2-1 Originalité :

L'atout principal de ce travail réside dans son originalité : l'impact de la crise sanitaire sur les HHD. Et ce aussi bien sur la méthode utilisée : une étude qualitative, que sur la population cible : étude réalisée en zone rurale.

Plusieurs études ont été publiées sur les zones urbaines ou péri-urbaines, certaines sans distinguer le lieu de vie des populations cibles, aucune étude française, à notre connaissance n'a encore été publiée spécifiquement sur les zones rurales. De nombreuses études existent

dans le monde entier sur l'impact de la crise sanitaire sur les HHD et montrent dans la plupart des cas des conséquences négatives. Les études qui ont été réalisées en distinguant les zones rurales et urbaines montrent un impact moindre en zone rurale.

Les hypothèses sur cette différence sont nombreuses (avantage spatial, moindre dépendance aux sorties, aux salles de sport, aux restaurants, jardinage, niveau de stress plus faible...).

La méthode qualitative a permis aux sujets interrogés de s'exprimer librement et ainsi de faire émerger de nouvelles hypothèses sur les différents facteurs protecteurs mis en place. Ainsi mis dans une position d'expert des HHD, les sujets ont été sélectionnés dans la population générale.

2-2 Limites :

-Biais de déclaration : un écart entre corpulence déclarée et corpulence mesurée est souvent mis en évidence (69), il doit être pris en considération dans cette étude où le poids est déclaré et n'a pas fait l'objet d'une vérification systématique.

-Biais d'investigation : malgré l'intention de rester le plus neutre possible, il est illusoire pour l'enquêteur de ne pas influencer les réponses à l'entretien par la manière même dont il va mener son interrogatoire, notamment au travers du biais de désirabilité sociale : les réponses apportées lors des différents entretiens ont pu être biaisées du fait de l'envie de se présenter sous un jour favorable.

-Biais d'interprétation : une triangulation a pu être effectuée à chaque fois que l'enquêteur a eu un doute quant à l'interprétation des entretiens. De plus, des reformulations ont été proposées aux sujets au moment des entretiens pour éviter les flous, pourtant le biais d'interprétation demeure un des points faibles des études qualitatives et celle-ci ne peut malgré tout prétendre s'en affranchir.

-Biais de mémorisation : les questions posées portant parfois sur une période de 2 ans ont pu être biaisées du fait qu'elles reposent sur la capacité de mémorisation des individus interrogés.

CONCLUSION

La crise sanitaire provoquée par la pandémie de COVID-19 semble avoir eu un impact globalement négatif sur nos habitudes hygiéno-diététiques, cependant, en France cet impact serait moins important en zone rurale qu'en zone urbaine. Les principaux facteurs protecteurs décrits dans cette étude sont surtout liés à l'avantage spatial de la vie rurale : habiter dans une maison, avoir un jardin, la proximité avec la nature. Cet avantage paraît être un atout à la fois vis-à-vis de la propagation des maladies infectieuses, mais également en termes de résilience face aux différentes mesures adoptées. Le temps libre dégagé par le confinement a ainsi pu être mis à profit pour cuisiner, jardiner, bricoler, sortir et ainsi manger plus sainement et maintenir une activité physique régulière.

Les conséquences sociales, cependant, ont fortement impacté les habitants de la zone rurale étudiée et se font parfois encore ressentir plus de 2 ans après le début de la pandémie, surtout chez les personnes âgées. Des troubles du sommeil sont également souvent décrits, avec un sommeil de moins bonne qualité et des réveils plus fréquents liés à une anxiété avec ruminations.

Les personnes interrogées citent très peu le médecin généraliste comme étant une source d'information sur les habitudes hygiéno-diététiques, pourtant ils ont un rôle important à jouer dans l'éducation à la santé et dans l'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques en les adaptant à chacun en fonction de ses besoins et de ses attentes. Pour améliorer leur efficacité, certaines pistes sont proposées par les personnes interrogées : améliorer la qualité du dialogue avec l'écoute et le partage d'information pourrait être réalisé à l'aide de certains outils déjà existants comme ceux proposés par l'entretien motivationnel.

En parallèle, compte tenu du manque de temps et de disponibilité des médecins, très souvent cités dans notre étude et en bonne partie responsables du manque d'écoute et d'information, il paraît nécessaire de répondre aussi à cela grâce à des mesures politiques efficaces et adaptées à l'évolution de la demande de soin.

Clermont-Ferrand, le 7⁹-2022
Pierre CLAVELOU
Doyen - Directeur



Clermont-Ferrand, le 30 aout 2022
Le Président du Jury
Pr Yves BOIRIE

A handwritten signature in black ink, likely belonging to Yves Boirie, the President of the Jury.

Références bibliographiques :

- 1- Cena H, Calder PC. Defining a Healthy Diet: Evidence for The Role of Contemporary Dietary Patterns in Health and Disease. *Nutrients*. 2020;12(2):334. Published 2020 Jan 27. doi:10.3390/nu12020334. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7071223/>
- 2- Rodríguez-Cano R, López-Durán A, Martínez-Vispo C, Becoña E. Causes of smoking relapse in the 12 months after smoking cessation treatment: Affective and cigarette dependence-related factors. *Addict Behav*. 2021 Aug;119:106903. doi: 10.1016/j.addbeh.2021.106903. Epub 2021 Mar 9. PMID: 33773201. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33773201/>
- 3- Kamerlin SCL, Kasson PM. Managing Coronavirus Disease 2019 Spread With Voluntary Public Health Measures: Sweden as a Case Study for Pandemic Control. *Clin Infect Dis*. 2020 Dec 15;71(12):3174-3181. doi: 10.1093/cid/ciaa864. PMID: 32609825; PMCID: PMC7337695. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7337695/>
- 4- Warszawski, J., Bajos, N., Vianney Costemalle, Leblanc, S., et al. (2021, juillet). « 4 % de la population a développé des anticorps contre le SARS-CoV-2 entre mai et novembre 2020 ». DREES, Études et Résultats, 1202. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1202_0.pdf
- 5- Souch JM, Cossman JS. A Commentary on Rural-Urban Disparities in COVID-19 Testing Rates per 100,000 and Risk Factors. *J Rural Health*. 2021 Jan;37(1):188-190. doi: 10.1111/jrh.12450. Epub 2020 Jun 1. PMID: 32282964; PMCID: PMC7262182. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262182/>
- 6- Deschasaux-Tanguy M, Druésne-Pecollo N, Esseddik Y, de Edelenyi FS, Allès B, Andreeva VA, Baudry J, Charreire H, Deschamps V, Egnell M, Fezeu LK, Galan P, Julia C, Kesse-Guyot E, Latino-Martel P, Oppert JM, Péneau S, Verdote C, Hercberg S, Touvier M. Diet and physical activity during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) lockdown (March-May 2020): results from the French NutriNet-Santé cohort study. *Am J Clin Nutr*. 2021 Apr 6;113(4):924-938. doi: 10.1093/ajcn/nqaa336. PMID: 33675635; PMCID: PMC7989637. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7989637/>
- 7- Pérès K, Ouvrard C, Koleck M, Rasclé N, Dartigues JF, Bergua V, Amieva H. Living in rural area: A protective factor for a negative experience of the lockdown and the COVID-19 crisis in the oldest old population? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021 Dec;36(12):1950-1958. doi: 10.1002/gps.5609. Epub 2021 Aug 26. PMID: 34378244; PMCID: PMC8420248. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34378244/>

8- “Que ton alimentation soit ta meilleure médecine !” ou la fortune exceptionnelle d’un adage pseudo-hippocratique (*De alimento* 19) Véronique Boudon-Millot, Année 2016 129-2 pp. 329-348 [internet]. Disponible sur https://www.persee.fr/doc/reg_0035-2039_2016_num_129_2_8419

9- Paula Szilard, *Food and Nutrition Information Guide*, Libraries Unlimited, 1987, p. 6

10- Anses : Apports nutritionnels conseillés, [internet]. Disponible sur <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/medecine/besoins-nutritionnels-et-apports-conseilles.-lequilibre-alimentaire>

11- Santé publique France Recommandations sur l’alimentation, l’activité physique et la sédentarité pour les adultes de janvier 2019 [internet]. Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/35744/file/dp-reco-nutritionnelles-220119.pdf>

12- J.N. Morris, J.A. Heady, P.A.B. Raffle, C.G. Roberts, J.W. Parks, CORONARY HEART-DISEASE AND PHYSICAL ACTIVITY OF WORK, *The Lancet*, Volume 262, Issue 6795, 1953, Pages 1053-1057, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(53\)90665-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(53)90665-5).

13- Pate RR, Pratt M, Blair SN, et al. Physical Activity and Public Health: A Recommendation From the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*. 1995;273(5):402–407. doi:10.1001/jama.1995.03520290054029 <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/386766>

14- Centre d’investigation et de recherche sur le sommeil : Hygiène de sommeil : 10 conseils [internet]. Disponible sur <https://www.chuv.ch/fr/sommeil/cirs-home/patients-et-familles/bien-dormir/lhygiene-du-sommeil>

15-Insee : définition des zones rurales [internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039991?sommaire=5040030>

16- Feuillet T, Valette JF, Charreire H, Kesse-Guyot E, Julia C, Vernez-Moudon A, Hercberg S, Touvier M, Oppert JM. Influence of the urban context on the relationship between neighbourhood deprivation and obesity. *Soc Sci Med*. 2020 Nov;265:113537. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113537. Epub 2020 Nov 21. PMID: 33250318. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953620307565?via%3Dihub>

17- Obépi Roche 2020 : Surveillance épidémiologique de l’obésité en France [internet]. Disponible sur <https://www.sraenutrition.fr/wp-content/uploads/2021/08/Enquete-epidemiologique-sur-le-suproids-et-lobesite-Odoxa-x-Obepi.pdf>

18- Catherine Gucher : vieillissement en zone rurale [internet]. Disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/cqd/2014-v43-n1-cqd01442/1025492ar/>

19-Chambre d’agriculture ARA : chiffres de l’agriculture dans le Cantal [internet]. Disponible sur : <https://aura.chambres-agriculture.fr/notre-agriculture/agriculture-du-cantal/>

- 20- Eknoyan G. A history of obesity, or how what was good became ugly and then bad. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2006 Oct;13(4):421-7. doi: 10.1053/j.ackd.2006.07.002. PMID: 17045228. <https://www.ackdjournal.org/action/showPdf?pii=S1548-5595%2806%2900106-6>
- 21- HAS : Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours [internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/icms/c_964938/fr/surpoids-et-obesite-de-l-adulte-prise-en-charge-medicale-de-premier-recours
- 22- HAS : complications et comorbidités du surpoids et de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent [internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_memo_obesite_enfant_adolescent_recapitulatif_des_complications_comorbidi-tes_du_surpoids_et_obesite.pdf
- 23- HAS : bilan initial d'un excès de poids [internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/10irp02_fiche_memo_obesite_adulte_bilan_initial_d_un_exces_de_poids.pdf
- 24-OMS : Prévalence de l'obésité et du surpoids dans le monde [internet]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- 25- Dai H, Alsalhe TA, Chalghaf N, Riccò M, Bragazzi NL, Wu J. The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990-2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. *PLoS Med.* 2020;17(7):e1003198. Published 2020 Jul 28. doi:10.1371/journal.pmed.1003198 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7386577/>
- 26- Lemola S, Perkinson-Gloor N, Brand S, Dewald-Kaufmann JF, Grob A. Adolescents' electronic media use at night, sleep disturbance, and depressive symptoms in the smartphone age. *J Youth Adolesc.* 2015 Feb;44(2):405-18. doi: 10.1007/s10964-014-0176-x. Epub 2014 Sep 10. PMID: 25204836. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10964-014-0176-x>
- 27- Malik VS, Ravindra K, Attri SV, Bhadada SK, Singh M. Higher body mass index is an important risk factor in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2020;27(33):42115-42123. 10.1007/s11356-020-10132-4 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7380664/>
- 28-Di Renzo L, Gualtieri P, Cinelli G, Bigioni G, Soldati L, Attinà A, Bianco FF, Caparello G, Camodeca V, Carrano E, Ferraro S, Giannattasio S, Leggeri C, Rampello T, Lo Presti L, Tarsitano MG, De Lorenzo A. Psychological Aspects and Eating Habits during COVID-19 Home Confinement: Results of EHLC-COVID-19 Italian Online Survey. *Nutrients.* 2020 Jul 19;12(7):2152. doi: 10.3390/nu12072152. PMID: 32707724; PMCID: PMC7401000. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7401000/>
- 29- Brooks, S. K. , Webster, R. K. , Smith, L. E. , Woodland, L. , Wessely, S. , Greenberg, N. , & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid

review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912–920. 10.1016/S0140-6736

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7158942/>

30- Richter, D. , Riedel-Heller, S. , & Zürcher, S. J. (2021). Mental health problems in the general population during and after the first lockdown phase due to the SARS-cov-2 pandemic: Rapid review of multi-wave studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, e27. 10.1017/S2045796021000160

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7985862/>

31- Ruiz-Roso MB, Knott-Torcal C, Matilla-Escalante DC, Garcimartín A, Sampedro-Nuñez MA, Dávalos A, Marazuela M. COVID-19 Lockdown and Changes of the Dietary Pattern and Physical Activity Habits in a Cohort of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Nutrients*. 2020 Aug 4;12(8):2327. doi: 10.3390/nu12082327. PMID: 32759636; PMCID: PMC7468739.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7468739/>

32- Martínez-de-Quel Ó, Suárez-Iglesias D, López-Flores M, Pérez CA. Physical activity, dietary habits and sleep quality before and during COVID-19 lockdown: A longitudinal study. *Appetite*. 2021 Mar 1;158:105019. doi: 10.1016/j.appet.2020.105019. Epub 2020 Nov 5. PMID: 33161046; PMCID: PMC8580211.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8580211/>

33- Ammar A, Brach M, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L, Bouaziz B, Bentlage E, How D, Ahmed M, Müller P, Müller N, Aloui A, Hammouda O, Paineiras-Domingos LL, Braakman-Jansen A, Wrede C, Bastoni S, Pernambuco CS, Mataruna L, Taheri M, Irandoust K, Khacharem A, Bragazzi NL, Chamari K, Glenn JM, Bott NT, Gargouri F, Chaari L, Batatia H, Ali GM, Abdelkarim O, Jarraya M, Abed KE, Souissi N, Van Gemert-Pijnen L, Riemann BL, Riemann L, Moalla W, Gómez-Raja J, Epstein M, Sanderman R, Schulz SV, Jerg A, Al-Horani R, Mansi T, Jmail M, Barbosa F, Ferreira-Santos F, Šimunič B, Pišot R, Gaggioli A, Bailey SJ, Steinacker JM, Driss T, Hoekelmann A. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients*. 2020 May 28;12(6):1583. doi: 10.3390/nu12061583. PMID: 32481594; PMCID: PMC7352706. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32481594/>

34- Urzeala C, Duclos M, Chris Ugbole U, Bota A, Berthon M, Kulik K, Thivel D, Bagheri R, Gu Y, Baker JS, Andant N, Pereira B, Rouffiac K; Covistress Network, Clinchamps M, Dutheil F. COVID-19 lockdown consequences on body mass index and perceived fragility related to physical activity: A worldwide cohort study. *Health Expect*. 2022 Apr;25(2):522-531. doi: 10.1111/hex.13282. Epub 2021 Jun 9. PMID: 34105876; PMCID: PMC8239498.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8239498/>

35- Tison GH, Avram R, Kuhar P, Abreau S, Marcus GM, Pletcher MJ, Olgin JE. Worldwide Effect of COVID-19 on Physical Activity: A Descriptive Study. *Ann Intern Med*. 2020 Nov 3;173(9):767-770. doi: 10.7326/M20-2665. Epub 2020 Jun 29. PMID: 32598162; PMCID: PMC7384265. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7384265/>

- 36- Sidor A, Rzymiski P. Dietary Choices and Habits during COVID-19 Lockdown: Experience from Poland. *Nutrients*. 2020 Jun 3;12(6):1657. doi: 10.3390/nu12061657. PMID: 32503173; PMCID: PMC7352682. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7352682/>
- 37- Ruiz-Roso MB, de Carvalho Padilha P, Mantilla-Escalante DC, Ulloa N, Brun P, Acevedo-Correa D, Arantes Ferreira Peres W, Martorell M, Aires MT, de Oliveira Cardoso L, Carrasco-Marín F, Paternina-Sierra K, Rodriguez-Meza JE, Montero PM, Bernabè G, Pauletto A, Taci X, Visioli F, Dávalos A. Covid-19 Confinement and Changes of Adolescent's Dietary Trends in Italy, Spain, Chile, Colombia and Brazil. *Nutrients*. 2020 Jun 17;12(6):1807. doi: 10.3390/nu12061807. PMID: 32560550; PMCID: PMC7353171. <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/6/1807/htm>
- 38- Sideli L, Lo Coco G, Bonfanti RC, et al. Effects of COVID-19 lockdown on eating disorders and obesity: A systematic review and meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev*. 2021;29(6):826-841. doi:10.1002/erv.2861 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8652707/>
- 39- Mignogna C, Costanzo S, Ghulam A, Cerletti C, Donati MB, de Gaetano G, Iacoviello L, Bonaccio M. Impact of Nationwide Lockdowns Resulting from The First Wave of the COVID-19 Pandemic on Food Intake, Eating Behaviours and Diet Quality: A Systematic Review. *Adv Nutr*. 2021 Dec 30;13(2):388–423. doi: 10.1093/advances/nmab130. Epub ahead of print. PMID: 34967842; PMCID: PMC8755350. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8755350/#sup1>
- 40- Białorudzki M, Izdebski Z. Changes in the body mass of adult residents of rural and urban areas in the initial months of the COVID-19 pandemic vs. their mental, physical and sexual health. *Ann Agric Environ Med*. 2021 Dec 29;28(4):667-675. doi: 10.26444/aaem/143561. Epub 2021 Nov 17. PMID: 34969227. <http://www.aaem.pl/pdf-143561-71127?filename=Changes%20in%20the%20body%20mass.pdf>
- 41- Barr ML, Martin C, Luecking C, Cardarelli K. Losses, Gains, and Changes to the Food Environment in a Rural Kentucky County during the COVID-19 Pandemic. *Nutrients*. 2021 Nov 3;13(11):3929. doi: 10.3390/nu13113929. PMID: 34836183; PMCID: PMC8617704. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8617704/>
- 42- Zhang J, Zhu L, Li S, et al. Rural-urban disparities in knowledge, behaviors, and mental health during COVID-19 pandemic: A community-based cross-sectional survey. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(13):e25207. doi:10.1097/MD.00000000000025207 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8021359/>
- 43- Okely AD, Kariippanon KE, Guan H, Taylor EK, Suesse T, Cross PL, Chong KH, Suherman A, Turab A, Staiano AE, Ha AS, El Hamdouchi A, Baig A, Poh BK, Del Pozo-Cruz B, Chan CHS, Nyström CD, Koh D, Webster EK, Lubree H, Tang HK, Baddou I, Del Pozo-Cruz J, Wong JE, Sultoni K, Nacher M, Löf M, Cui M, Hossain MS, Chathurangana PWP, Kand U, Wickramasinghe VPP, Calleia R, Ferdous S, Van Kim T, Wang X, Draper CE. Global effect of COVID-19 pandemic on physical activity, sedentary behaviour and sleep among 3- to 5-year-old children: a longitudinal study of 14 countries. *BMC Public Health*. 2021 May

17;21(1):940. doi: 10.1186/s12889-021-10852-3. PMID: 34001086; PMCID: PMC8128084.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8128084/>

44- Sogari G, Velez-Argumedo C, Gómez MI, Mora C. College Students and Eating Habits: A Study Using An Ecological Model for Healthy Behavior. *Nutrients*. 2018 Nov 23;10(12):1823. doi: 10.3390/nu10121823. PMID: 30477101; PMCID: PMC6315356.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6315356/>

45- Sante publique France : Baromètre santé nutrition 2008 [internet]. Disponible sur :

https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/324836/document_file/386112_1270.pdf

46- Lam LC, Ong PA, Dikot Y, Sofiatin Y, Wang H, Zhao M, Li W, Dominguez J, Natividad B, Yusoff S, Fu JL, Senanarong V, Fung AW, Lai K. Intellectual and physical activities, but not social activities, are associated with better global cognition: a multi-site evaluation of the cognition and lifestyle activity study for seniors in Asia (CLASSA). *Age Ageing*. 2015 Sep;44(5):835-40. doi: 10.1093/ageing/afv099. Epub 2015 Aug 12. PMID: 26271049.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26271049/>

47- Verghese J, Lipton RB, Katz MJ, Hall CB, Derby CA, Kuslansky G, Ambrose AF, Sliwinski M, Buschke H. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med*. 2003 Jun 19;348(25):2508-16. doi: 10.1056/NEJMoa022252. PMID: 12815136.

https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa022252?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200www.ncbi.nlm.nih.gov

48- Sarda B, Delamaire C, Serry AJ, Ducrot P. Changes in home cooking and culinary practices among the French population during the COVID-19 lockdown. *Appetite*. 2022 Jan 1;168:105743. doi: 10.1016/j.appet.2021.105743. Epub 2021 Oct 8. PMID: 34634370.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666321006504?via%3Dihub>

49- Hansel B, Potier L, Chalopin S, Larger E, Gautier JF, Delestre F, Masdoua V, Visseaux B, Lucet JC, Kerneis S, Abouleka Y, Thebaut JF, Riveline JP, Kadouch D, Roussel R. The COVID-19 lockdown as an opportunity to change lifestyle and body weight in people with overweight/obesity and diabetes: Results from the national French COVIDIAB cohort. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2021 Aug 26;31(9):2605-2611. doi: 10.1016/j.numecd.2021.05.031. Epub 2021 Jun 17. PMID: 34348875; PMCID: PMC9187903.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9187903/>

50- Couarraze S, Delamarre L, Marhar F, et al. The major worldwide stress of healthcare professionals during the first wave of the COVID-19 pandemic - the international COVISTRESS survey. *PLoS One*. 2021;16(10):e0257840. Published 2021 Oct 6.

doi:10.1371/journal.pone.0257840

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8494302/>

51- Burtscher J, Burtscher M, Millet GP. (Indoor) isolation, stress, and physical inactivity: Vicious circles accelerated by COVID-19?. *Scand J Med Sci Sports*. 2020;30(8):1544-1545. doi:10.1111/sms.13706

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7267366/pdf/SMS-9999-na.pdf>

52- Cénat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, Noorishad PG, Mukunzi JN, McIntee SE, Dalexis RD, Goulet MA, Labelle PR. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2021 Jan;295:113599. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113599. Epub 2020 Nov 26. PMID: 33285346; PMCID: PMC7689353.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7689353/>

53- Sondage BVA [internet]. Disponible sur : <https://www.bva-group.com/sondages/dit-covid-19-de-societe-contrepoints-de-sante-juin-2022/>

54- Sondage IFOP [internet]. Disponible sur :

[file:///C:/Users/Pierre/Downloads/Rapport Ifop Darwin-Nutrition.pdf](file:///C:/Users/Pierre/Downloads/Rapport%20Ifop%20Darwin-Nutrition.pdf)

55- Sharif N, Ahmed SN, Opu RR, Daullah MU, Khan S, Talukder AA, Okitsu S, Ushijima H, Zhang M, Dey SK. Impact of meteorological parameters and population density on variants of SARS-CoV-2 and outcome of COVID-19 pandemic in Japan. *Epidemiol Infect.* 2021 Apr 28;149:e103. doi: 10.1017/S095026882100100X. PMID: 33908339; PMCID: PMC8134905.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8134905/>

56- Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira DV, Rodríguez-Mañas L. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *J Nutr Health Aging.* 2020;24(9):938-947. doi: 10.1007/s12603-020-1469-2. PMID: 33155618; PMCID: PMC7597423.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7597423/>

57- Heinberg LJ, Steffen K. Social Isolation and Loneliness During the COVID-19 Pandemic: Impact on Weight. *Curr Obes Rep.* 2021 Sep;10(3):365-370. doi: 10.1007/s13679-021-00447-9. Epub 2021 Jul 23. PMID: 34297344; PMCID: PMC8300081.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8300081/>

58- Fuller HR, Huseth-Zosel A. Older Adults' Loneliness in Early COVID-19 Social Distancing: Implications of Rurality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2022 Jul 5;77(7):e100-e105. doi: 10.1093/geronb/gbab053. PMID: 33928371; PMCID: PMC8135449.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8135449/>

59- Sante publique France : associations entre la connaissance des recommandations du Programme national nutrition santé et les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique [internet]. Disponible sur :

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/article/associations-entre-la-connaissance-des-recommandations-du-programme-national-nutrition-sante-et-les-comportements-en-matiere-d-alimentation-et-d-ac>

60- Beck F, Leger D, Cortaredona S, Verger P, Peretti-Watel P; COCONEL group. Would we recover better sleep at the end of Covid-19? A relative improvement observed at the population level with the end of the lockdown in France. *Sleep Med.* 2021 Feb;78:115-119.

doi: 10.1016/j.sleep.2020.11.029. Epub 2020 Dec 8. PMID: 33422813; PMCID: PMC7722490.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7722490/pdf/main.pdf>

61- Haddad JM, Macenski C, Mosier-Mills A, Hibara A, Kester K, Schneider M, Conrad RC, Liu CH. The Impact of Social Media on College Mental Health During the COVID-19 Pandemic: a Multinational Review of the Existing Literature. *Curr Psychiatry Rep.* 2021 Oct 6;23(11):70. doi: 10.1007/s11920-021-01288-y. PMID: 34613542; PMCID: PMC8493361.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8493361/>

62- Duncan GJ. Income dynamics and health. *Int J Health Serv.* 1996;26(3):419-44. doi: 10.2190/1KU0-4Y3K-ACFL-BYU7. PMID: 8840196.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8840196/>

63- Anne Lambert. L'explosion des inégalités : Classes, genre et générations face à la crise sanitaire, Éditions de l'Aube, mars 2021.

64- Anses : étude INCA 3 juin 2017 : Les sources d'information en matière d'alimentation [internet]. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2014SA0234Ra.pdf>

65- Margot Phaneuf, Ph. D., août 2006 : L'entretien motivationnel [internet]. Disponible sur : https://www.analysedespratiques.com/wp-content/uploads/2017/06/L_entretien-motivationnel.pdf

66- Simpson JK. Appeal to fear in health care: appropriate or inappropriate? *Chiropr Man Therap.* 2017 Sep 20;25:27. doi: 10.1186/s12998-017-0157-8. PMID: 28932388; PMCID: PMC5605990. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5605990/>

67- Tannenbaum MB, Hepler J, Zimmerman RS, Saul L, Jacobs S, Wilson K, Albarracín D. Appealing to fear: A meta-analysis of fear appeal effectiveness and theories. *Psychol Bull.* 2015 Nov;141(6):1178-204. doi: 10.1037/a0039729. PMID: 26501228; PMCID: PMC5789790.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5789790/>

68- Ruiter RA, Kessels LT, Peters GJ, Kok G. Sixty years of fear appeal research: current state of the evidence. *Int J Psychol.* 2014 Apr;49(2):63-70. doi: 10.1002/ijop.12042. Epub 2014 Feb 24. PMID: 24811876. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijop.12042>

69- Sante publique France : écarts entre corpulence déclarée et corpulence mesurée dans les études de surveillance en population en France [internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/article/ecarts-entre-corpulence-declaree-et-corpulence-mesuree-dans-les-etudes-de-surveillance-en-population-en-france>

Annexes :

Annexe 1 : guide d'entretien :

-Questions socio-démographiques :

Quel est votre âge ?

Quelle est votre profession ?

Quelle est votre situation familiale ?

Quel est votre poids ? A-t-il évolué ces 2 dernières années ?

Quelle est votre taille ?

Quels sont vos antécédents médicaux ?

Prenez-vous des traitements de manière régulière ?

Est-ce que vous fumez ? Votre consommation a-t-elle été modifiée ces 2 dernières années ?

Est-ce que vous buvez de l'alcool ? Votre consommation a-t-elle été modifiée ces 2 dernières années ?

-Questions d'introduction :

Comment définiriez-vous une habitude saine ou malsaine ?

Pouvez-vous me citer 5 habitudes hygiéno-diététiques que vous considérez comme saines ?

-Questions clés :

La crise sanitaire a-t-elle eu un impact sur votre santé de manière générale ?

Qu'elle ait eu un impact ou non, pouvez-vous expliquer pourquoi ou comment ?

Si on compare entre avant la crise sanitaire et maintenant :

-avez-vous modifié votre activité physique ?

-avez-vous modifié vos comportements alimentaires ?

-avez-vous modifié votre sommeil ?

-Questions de conclusion :

En ce qui concerne votre hygiène de vie, quelle est la chose la plus importante que vous ayez retenu de cette expérience ?

Comment les médecins généralistes pourraient-ils influencer positivement vos habitudes hygiéno-diététiques ?

Annexe 2 : exemple de verbatim :

Entretien n°16 :

Femme 82 ans, retraitée, 74kg (+1kg), 1m58, veuve, 2 enfants.

ATCD : HTA (Metoprolol, Furosemide)

-Première question, comment définiriez-vous une habitude saine ou malsaine ?

-Une habitude saine, comment dire, c'est manger régulièrement, manger varié, toujours de la viande le midi, des légumes, un ou deux fruits. C'est vivre normalement, il faut avoir des activités, surtout ne pas être seule.

-Pourquoi ?

-C'est pas marrant, quand on est seule c'est pas facile, il faut pas rester dans son coin.

-Pouvez-vous me citer 5 habitudes hygiéno-diététiques que vous considérez comme saines ?

- Je sais pas...j'aime bien m'occuper des fleurs, moi j'aimais beaucoup l'extérieur, j'habitais à la campagne il y a un an et demi, mais c'était compliqué pour l'entretien du terrain, c'est mon fils qui a gardé la maison, ça a été dur mais j'ai décidé de partir. Surtout que c'était en plein covid, on faisait du théâtre, de la danse, mais on n'a pas pu continuer donc ça m'a beaucoup perturbé.

-La crise sanitaire a-t-elle eu un impact positif ou négatif sur votre santé de manière générale ?

-Certainement, mais j'ai eu tellement de remue-ménage que je ne saurai pas vous dire, chacun reste chez soi, on se téléphone bien mais c'est pas pareil, on se sent seul quoi, heureusement que j'ai eu mon amie...

-Si la crise a eu un impact, pouvez-vous expliquer pourquoi/comment ?

-C'est pas tant la crise c'est surtout au décès de mon mari que ça s'est passé, la crise évidemment ça n'a pas aidé, avant on se voyait une à deux fois par semaine.

-La crise a-t-elle eu un impact sur votre activité physique ?

-Ah oui c'est sur car je pouvais plus danser, sortir, faire du théâtre, je faisais du théâtre en patois.

-Un impact sur vos comportements alimentaires ?

-Oh non j'aime cuisiner, je varie ma cuisine, ça non pas d'impact.

-Sur votre sommeil ?

-Je dors peu, mais le peu que je dors je dors bien, je crois pas que ça ait eu un impact, bien que on fatigue moins alors on dort moins aussi...

-Concernant votre hygiène de vie, quelle est la chose la plus importante que vous ayez retenu de cette expérience ?

-Les gens se sont isolés et on manque de contact, voilà il y a un manque de communication, et ils sont devenu perso. Ce qu'on ressent ici c'est qu'il y a une classe, les riches et les pauvres, les intellos et les autres... C'est ce que je ressens.

-Vous avez l'impression que la crise a accentué un peu les différences entre les classes ?

-Oui, les gens dans la rue on dirait qu'ils sont cinglés avec leur téléphone, plus personne ne parle dans la salle d'attente du médecin... L'avenir je sais pas trop ce que ça réserve...

-Comment avez-vous obtenu les informations que vous avez à l'heure actuelle sur les habitudes hygiéno-diététiques ?

- C'est en moi ça j'ai toujours mangé comme ça, on était à la campagne et après j'ai été dans le commerce alors... C'est quelque chose que j'aimais, cuisiner, je n'aime pas le tout prêt je sais pas ce qu'il y a dedans !

-Comment les médecins généralistes pourraient influencer positivement vos habitudes hygiéno-diététiques ?

-Je sais pas je pense que je mange sainement, je sais pas comment vous répondre, c'est votre travail. Quelquefois, ça dépend les docteurs, moi je parle très librement, mais quelquefois, ils sont pas trop à l'écoute ils sont pas trop psy. Et puis ils sont moins disponibles ils prennent tout le temps des jours, on peut jamais les avoir au téléphone, quand ils sont de garde on doit passer par le 15 à l'hôpital c'est angoissant. Les anciens médecins étaient disponibles tout le temps, on choisit pas quand on tombe malade...

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

RESUME DE LA THESE

IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE SUR LES HABITUDES HYGIENO-DIETETIQUES EN ZONE RURALE : UNE ETUDE QUALITATIVE DANS LA VALLEE DE LA CERRE (CANTAL, AUVERGNE-RHONE-ALPES)

CONTEXTE : Alimentation saine, activité physique régulière, hygiène du sommeil, les bonnes habitudes hygiéno-diététiques semblent de plus en plus difficiles à adopter dans un monde où l'accès à une nourriture riche est de plus en plus facile et où l'activité physique devient de moins en moins nécessaire. Les zones rurales seraient moins touchées par la dégradation des habitudes hygiéno-diététiques liée à la crise sanitaire. Comment les habitants des zones rurales ont-ils pu se prémunir de ces conséquences ?

OBJECTIF : L'objectif principal de ce travail est d'étudier la perception des habitants d'une zone rurale d'Auvergne sur la modification de leurs habitudes hygiéno-diététiques suite à la crise sanitaire.

METHODE : Cette étude qualitative a été réalisée à partir d'un guide d'entretien semi-structuré et évolutif basé sur une analyse de la littérature. Les 19 sujets de l'étude ont été sélectionnés au hasard dans l'annuaire téléphonique des communes de Polminhac, Vic-sur-cère, Thiézac et Saint-jacques-des-blats dans le Cantal. Les entretiens se sont déroulés entre le 12 avril 2022 et le 10 juin 2022.

RESULTATS : Les habitants des zones rurales ont vu leurs habitudes hygiéno-diététiques se dégrader suite à la crise sanitaire, surtout en ce qui concerne la vie sociale et le sommeil. S'ils ont été moins touchés que les habitants des zones urbaines, cela serait surtout lié à l'avantage spatial de la vie rurale : habiter dans une maison, avoir un jardin, la proximité avec la nature. Cet avantage paraît être un atout à la fois vis-à-vis de la propagation des maladies infectieuses, mais également face aux mesures prises pour tenter de ralentir l'épidémie comme les confinements, permettant le maintien d'une activité physique et d'une alimentation saine.

CONCLUSION : Pour améliorer l'efficacité des mesures conseillées par les médecins généralistes, la connaissance des facteurs impliqués est primordiale. De plus, certaines pistes sont proposées par les personnes interrogées : il s'agit surtout d'améliorer la qualité du dialogue par l'écoute et le partage d'information. Cela pourrait être réalisé à l'aide de certains outils déjà existants comme ceux proposés par l'entretien motivationnel. Malheureusement, le manque de temps des médecins généralistes est un facteur limitant important et nécessiterait de nouvelles mesures sur le plan politique.

Mots-clés : Médecine générale, Habitudes hygiéno-diététiques, COVID-19, Santé en zone rurale

Clermont-Ferrand, le

Pierre CLAVELOU

Doyen - Directeur

Clermont-Ferrand, le 30 août 2022

Le Président du Jury

Pr Yves BOIRIE