

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Florian BAHON et Pierre FERRAND

Le 15 Mars 2022

**Revue systématique de la littérature : synthèse des modalités d'accompagnement en
éducation thérapeutique de l'adulte en situation d'obésité pour permettre
l'élaboration d'un outil à destination des professionnels de santé en soins premiers.**

Directeur de thèse : Dr Florian SAVIGNAC

JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Présidente

Madame le Docteur Marielle PUECH

Assesseure

Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU

Assesseur

Monsieur le Docteur Florian SAVIGNAC

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FRESINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
		Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis
		Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
		Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
		Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
		Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
		Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
		Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
		Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
		Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
		Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
		Professeur Honoraire	M. CONTÉ Jean
		Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
		Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
		Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
		Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette
		Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
		Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
		Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
		Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
		Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
		Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
		Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
		Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
		Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
		Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
		Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
		Professeur Honoraire	M. MURAT
		Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
		Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
		Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
Professeur ARLET Philippe	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur BOUTAULT Franck	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur CHAMONTIN Bernard	
Professeur CHAP Hugues	
Professeur CONTÉ Jean	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur GRAND Alain	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur LAGARRIGUE Jacques	
Professeur LANG Thierry	
Professeur LAURENT Guy	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur MAGNAVAL Jean-François	
Professeur MANELFE Claude	
Professeur MASSIP Patrice	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur MOSCOVICI Jacques	
Professeur MURAT	
Professeur RISCHMANN Pascal	
Professeur RIVIERE Daniel	
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER MICHEL (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie Infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Génatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GÉNÉRO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emiè	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULLAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VUA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY :

A Madame la Professeure Marie-Eve ROUGE-BUGAT,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

Nous vous remercions pour votre disponibilité et votre réactivité.

A Madame la Docteure Marielle PUECH,

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, nous espérons que sa qualité vous conviendra, veuillez trouvez ici l'expression de nos sincères remerciements et notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Florian SAVIGNAC,

Nous souhaitons te remercier pour ton accompagnement pendant ce très long travail de thèse et nous espérons que tu prendras plaisir à faire partie de notre jury. Nous te souhaitons une bonne continuation pour la suite de tes expériences professionnelles et personnelles.

REMERCIEMENTS PERSONNELS DE FLORIAN :

Avant tout, je souhaite remercier tous les experts qui ont accepté de participer à notre projet de thèse. Vous avez fait preuve de bienveillance et de réactivité qui nous a facilité une grande partie du travail. Merci pour vos précieuses remarques.

Merci Pierre de m'avoir proposé de partager avec toi ce sujet de thèse. Ce fut long, parfois laborieux, mais je suis fier du travail accompli et j'espère que nous en garderons un beau souvenir après tout ! Nous pourrons à nouveau discuter de l'avenir de l'Olympique Lyonnais et des résultats de NBA sans scrupules.

Merci Marie pour tes conseils avisés et ton oeil expert qui nous auront fait gagner un temps précieux !

Merci à mes parents, Monique et Yves, de m'avoir permis de faire des études dans de bonnes conditions, de m'avoir soutenu dans cette aventure malgré une première année de médecine redoublée et "quelques" partiels rattrapés au fil des années. Pensée toute particulière pour ma soeur, son conjoint et mes neveux Marceau et Gaspard.

Au terme de ce parcours de thèse, semé d'embûches et de contretemps, je souhaite particulièrement remercier Anaïs, pour m'avoir accompagné (et supporté) pendant ces longs mois. Merci de t'être occupée de Yaël pendant les week-ends d'écriture. Merci pour ton amour au quotidien. Merci pour notre merveilleuse fille.

Ce projet étant terminé, il est l'heure de reprendre notre vie.

REMERCIEMENTS PERSONNELS DE PIERRE:

Merci à mes grands-parents et parents, qui, par leurs exemples, m'ont donné l'envie de m'orienter dans le soin et d'apporter mon aide aux autres.

Merci tout particulièrement à mes parents, Sylvie et Alain, sans qui je ne serais pas ici aujourd'hui. Merci pour votre patience et pour l'aide constante apportée au cours de ces longues années d'étude ! Merci pour l'amour que vous nous portez. Vous avez été et êtes toujours mes modèles.

Merci à mes neveux et nièces, belles-sœurs, beaux-frères, frères et sœurs, qui m'ont reçu sans jamais montrer aucune lassitude, m'ont écouté et soutenu, depuis le début.

Merci aux amis de toujours, le groupe d'irréductibles Nivernais, que je retrouve toujours avec grand bonheur.

Une grosse pensée pour les "Derniers à jamais".

Merci à mon Flo, infatigable ami et vulgarisateur hors pair de comics, merci pour ton aide tout au long de ces études, le soutien permanent et l'amitié que l'on partage, sans quoi je ne serais sûrement pas arrivé jusqu'au bout !

Merci d'avoir toujours choisi la moins avantageuse des chambres, même si tu devais dormir la peur au ventre. Merci à Yaël et Anaïs qui m'ont permis de partager beaucoup de leur temps avec Florian. Ça y est, je vous le rends !

Enfin, merci ma magnifique Marie, qui a depuis peu accepté d'être ma femme, mais a depuis longtemps accepté tous mes défauts ! Merci pour ta patience, ton soutien inébranlable, ton aide précieuse quotidienne, tes attentions infinies et pour toute la joie que tu m'as apportée depuis Castres.

Merci de nous avoir offert notre petite et si mignonne Camille, ma petite fille chérie, que j'aime plus que tout au monde. Tu es ma joie de vivre et un bonheur au quotidien. En attendant le prochain.

NB : un hommage tout particulier à notre Johnny, formidable accompagnant tout au long de l'internat, de Castres à Montcuq, en passant par Auch, Bourg de Visa ou Decazeville...C'était un plaisir, merci Le Taulier!

Table des matières

Liste des abréviations	2
Liste des tableaux et figures	3
Introduction	4
Matériel et Méthodes	6
Revue systématique de la littérature	6
Stratégie de recherche	6
Critères de sélection : inclusion et non inclusion	8
Sélection des articles	9
Évaluation de la qualité des études et extraction des données	9
Ronde Delphi	10
Généralités	10
Sélection des critères	10
Recrutement des experts	11
Déroulement des rondes	11
Résultats	12
Revue systématique de la littérature	12
Sélection des articles	12
Caractéristiques des articles inclus dans la revue	15
Synthèse des résultats	24
Ronde Delphi	29
Recrutement des experts	29
Résultats de la première ronde	31
Résultats de la seconde ronde	32
Résultats de la dernière ronde	33
Synthèse des résultats	33
Discussion	42
Résumé des principaux résultats obtenus	42
Forces et limites de notre étude	46
Revue systématique de la littérature	46
Ronde Delphi	48
Conclusion	50
Références bibliographiques	52
Annexes	56

Liste des abréviations

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique

HAS : Haute Autorité de santé

ALD : Affection Longue Durée

PIB : Produit Intérieur Brut

MeSH : Medical Subject Heading

IMRAD : Introduction Method Results (And) Discussion

STROBE : STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CONSORT : COnsolidated Standards Of Reporting Trials

ASALEE : Action de SANTé Libérale En Équipe

ETP : Education ThéraPeutique

IMC : Indice de Masse Corporelle

MG : Médecin Généraliste

IPA : Infirmière en Pratique Avancée

PA : Pression Artérielle

GAJ : Glycémie À Jeun

EAL : Exploration d'une Anomalie Lipidique

USA : United States of America

UK : United Kingdoms

RDV : Rendez-vous

AP : Activité Physique

Liste des tableaux et figures

Tableau 1. Bases de données et équations de recherche

Tableau 2. Définition du consensus

Tableau 3. Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

Tableau 4. Présentation des résultats de la ronde Delphi

Figure 1. Diagramme de flux de sélection et d'inclusion des articles

Figure 2. Diagramme de flux des experts

Introduction

L'obésité est un motif de consultation fréquent en soins premiers. Sa prévalence est estimée à 17% de la population adulte en 2020 (1,2). Elle nécessite une prise en charge multifactorielle et multidisciplinaire du fait de la morbi-mortalité qui lui est attribuée. En effet, il s'agit d'un facteur de risque cardio-vasculaire à part entière (3,4), tout en favorisant le développement de certaines pathologies chroniques comme le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, l'athérosclérose, des pathologies hépatiques voire de pathologies néoplasiques. Ainsi, en 2012, il était rapporté que près de 32% des personnes obèses souffraient d'une affection de longue durée (ALD) contre 15% des patients de la population générale (5). En France, on estime que l'obésité est à l'origine de 180 000 morts par an (2), ce qui en fait la principale cause de décès, devant les cancers.

Cette pathologie a un impact économique important. En 2012, le surcoût lié à l'obésité était déjà de 2.8 milliards d'euros pour les soins ambulatoires, et 3.7 milliards d'euros pour les soins hospitaliers (5). De plus, d'après les données de l'Organisme de coopération et de développement économique (OCDE), en France, le surpoids, par ses complications, amène à une réduction de Produit Intérieur Brut (PIB) estimée à 2.7% en 2019 (6).

La HAS a publié en 2011 des recommandations de bonnes pratiques définissant les principes fondamentaux de la prise en charge des patients obèses (7). Malgré les efforts engagés, la prévalence des personnes en situation d'obésité a continué d'augmenter (13% de hausse entre 2012 et 2020) (2), entraînant une hausse concomitante des dépenses de santé liées à cette pathologie. Ce manque de résultats interroge sur l'efficacité des mesures proposées, sur leur faisabilité et sur la disponibilité d'outils facilitant la prise en charge des patients obèses en soins premiers. Ces recommandations montrent aussi des limites, ne donnant pas d'indications concernant la conduite à tenir en cas d'échec des mesures mises en place en premier lieu, ou concernant la prise en charge de certaines catégories de patients.

Nous avons souhaité faire la synthèse des prises en charge de l'obésité décrites dans la littérature afin de proposer une aide à destination des professionnels de soins primaires et ainsi répondre à la question "Quels sont les critères utiles à l'élaboration d'un outil pour le suivi des patients obèses en éducation thérapeutique?".

L'objectif principal de notre travail était de lister les différents outils utilisés ou mis à disposition des soignants de soins primaires pour la prise en charge des patients obèses.

L'objectif secondaire consistait à regrouper les items les plus souvent retrouvés dans la littérature et de le soumettre à l'avis d'experts régionaux dans le but d'obtenir un consensus définissant les éléments indispensables à la prise en charge des patients obèses, sous forme d'une ronde Delphi.

Matériel et Méthodes

Nous avons choisi de réaliser en premier lieu une revue systématique de la littérature afin de répondre à l'objectif principal de la thèse et de mettre en évidence des outils de prise en charge des adultes obèses en soins premiers. Pour l'objectif secondaire, nous avons réalisé une ronde Delphi.

Ces deux méthodes sont présentées indépendamment dans la partie suivante.

I. Revue systématique de la littérature

La revue a été faite de Juillet 2019 à Juillet 2020. Le travail de recherche a été réalisé par deux auteurs.

A. Stratégie de recherche

Notre revue de la littérature a été effectuée à partir des bases de données internationales PubMed, Cochrane et Google Scholar ainsi que des bases de données francophones de Sudoc et EM premium.

Pour chaque moteur de recherche, des différentes équations ont été proposées dans le but de sélectionner des articles permettant de répondre à notre question de recherche : “quels sont les différents outils d'aide au suivi des patients pris en charge en éducation thérapeutique mis à disposition des professionnels de santé dans le traitement de l'obésité en soins de premier recours ?”.

Ces équations ont été réalisées à partir des termes anglais tirés du thésaurus MeSH (Medical Subject Headings):

- pour la prise en charge en éducation thérapeutique nous avons sélectionné le terme “Patient education as topic”,
- pour la personne en situation d'obésité nous avons sélectionné le terme “Obesity”,
- pour la notion de médecine de premier recours nous avons sélectionné les termes “General Practice” “General Practitioner” “Physicians, Primary Care” “ Primary Health Care”.

Le **Tableau 1**. montre les équations de recherche utilisées selon les bases de données.

Tableau 1. Bases de données et équations de recherche.

	Mots clés
Google Scholar	"patient education as topic" AND "obesity" AND ("primary care" OR "general practice" OR general practitioners" OR "primary health care")
PubMed	((("Patient Education as Topic"[Mesh]) AND "Obesity"[Mesh]) AND ("General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh] OR "Physicians, Primary Care"[Mesh] OR "Primary Health Care"[Mesh]))
EM Premium	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient education as topic + obesity + primary care 2. Patient education as topic + obesity + general practice 3. Patient education as topic + obesity + General Practitioners 4. Patient education as topic + obesity + Physicians, Primary Care 5. Patient education as topic + obesity + Primary Health Care
Cochrane	<ol style="list-style-type: none"> 1. « Patient education as topic » AND « obesity » AND « primary care » OR 2. « Patient education as topic » AND « obesity » AND « general practice » OR 3. « Patient education as topic » AND « obesity » AND « General Practitioners » OR 4. « Patient education as topic » AND « obesity » AND « Physicians, Primary Care » OR 5. « Patient education as topic » AND « obesity » AND « Primary Health Care »
Sudoc	Education thérapeutique et Obésité et Médecine générale
BDSP	Education thérapeutique et Obésité et Médecine générale

Définitions MeSH des termes utilisés :

- “ Patient Education as Topic “ : The teaching or training of patients concerning their own health needs.
- “ Obesity ” : A status with BODY WEIGHT that is grossly above the acceptable or desirable weight, usually due to accumulation of excess FATS in the body. The standards may vary with age, sex, genetic or cultural background. In the BODY MASS INDEX, a BMI greater than 30.0 kg/m² is considered obese, and a BMI greater than 40.0 kg/m² is considered morbidly obese (MORBID OBESITY).
- “ General Practice “ : Patient-based medical care provided across age and gender or specialty boundaries.
- “ General Practitioners “ : Physicians whose practice is not restricted to a specific field of MEDICINE.
- “ Primary Health Care “ : Care which provides integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community.
- “ Physicians, Primary Care “ : Providers of initial care for patients. These PHYSICIANS refer patients when appropriate for secondary or specialist care.

B. Critères de sélection : inclusion et non inclusion

Critères d’inclusion :

Les articles sélectionnés devaient être des études interventionnelles ou observationnelles (cohorte, cas-témoins, études transversales) , des revues de littérature ou des méta-analyses.

La population étudiée devait comprendre des patients âgés de plus de 18 ans, obèses, et pris en charge en éducation thérapeutique en soins premiers.

Les articles inclus devaient être rédigés en français ou en anglais. La date de publication devait être comprise entre janvier 2000 et juillet 2020. Nous n’avons pas défini de limite au lieu de l’étude.

Critères non inclusion :

Étaient exclus les études dont la population était inappropriée et les études dont l'objectif était inadapté. Par ailleurs, si la totalité du texte n'a pas pu être récupérée en Juillet 2020, l'article n'a pas été inclus.

S'il s'agissait d'éditoriaux, de lettres, d'analyses ou de publications issues de livres, le document n'était pas inclus de même que si le plan ne répondait pas aux critères IMRAD.

Enfin, l'ensemble des articles dont la pertinence dans la banque de données EM Premium était évaluée à moins de 65% n'était pas inclus.

C. Sélection des articles

La sélection des articles a été faite par deux lecteurs, en aveugle l'un de l'autre, en plusieurs étapes successives selon l'ordre chronologique décrit ci-dessous.

- Suppression des doublons.
- Analyse du titre de l'article après exclusion des articles rédigés dans une autre langue que l'anglais ou le français : si les informations apportées permettaient clairement de penser que l'article ne répondait pas à la question de recherche, celui-ci était exclu.
- Analyse du résumé de l'article : inclusion des articles les plus pertinents pour répondre à la question de recherche.
- Lecture de l'intégralité des articles retenus de manière indépendante par les deux lecteurs puis confrontation avec les critères d'inclusion et de non inclusion cités au paragraphe précédent.

A chaque étape, une mise en commun et une confrontation des résultats de chaque lecteur a été réalisée. En cas de désaccord un consensus était recherché.

D. Évaluation de la qualité des études et extraction des données

Pour chaque article inclus, nous avons procédé à une évaluation méthodologique adaptée au type d'étude grâce à différentes échelles reconnues : la grille COREQ (8) pour la lecture des rapports des recherches qualitatives, la grille STROBE (9) pour la lecture des études observationnelles, la grille PRISMA (10) pour la lecture des revues systématiques et des méta-analyses et la grille CONSORT (11) pour la lecture des essais contrôlés randomisés.

Les grilles sont synthétisées sous forme d'un score, présenté dans les résultats. Un exemple pour chaque type de grille a été présenté en *Annexe 1*.

Une fois les études validées par les grilles de lectures, le recueil concernait les données suivantes : le titre de l'étude, son année de publication, le pays de l'étude, la population de l'étude, l'objectif principal et les principaux résultats. Ces données seront présentées dans les résultats du *Tableau 3*.

II. Ronde Delphi

A. Généralités

La méthode Delphi a pour but de mettre en évidence des convergences d'opinions et de définir certains consensus sur des sujets précis grâce à la consultation d'experts à travers un ensemble de questionnaires rédigés par les organisateurs de l'étude (12).

Elle a été conçue en 1950 par Olaf Helmer et Norman Dalkey, développée par la RAND corporation dans les années 50 et utilisée pour des études dans le domaine de la santé à partir des années 70 (13).

La méthode de la ronde Delphi répond à des principes fondamentaux (12) :

- l'anonymat : les participants n'ont pas connaissance de l'identité des autres, afin d'éviter les phénomènes de dominance, d'autorité ou d'affiliation.
- l'utilisation de rondes successives : elles permettent aux experts de confronter leur point de vue en recevant les résultats des différents participants avant le début de la ronde suivante.
- l'analyse quantifiée des réponses du groupe : les experts sont encouragés à donner une justification à leurs réponses.

B. Sélection des critères

A l'issue de la revue systématique, nous avons repris l'ensemble des résultats, les avons regroupés et synthétisés sous forme de critères que nous avons reformulés et enrichis à l'aide de ressources officielles absentes de la revue, comme les recommandations de la HAS de 2011 (7) ou le PNNS 2019-2023 (14).

C. Recrutement des experts

Le recrutement des experts s'est déroulé sur la période de janvier 2021 à mars 2021 sur le mode du volontariat par connaissance directe ou indirecte dans l'exercice de la profession.

Les experts ont été choisis selon leurs connaissances vis à vis de la prise en charge de l'obésité ou leur prédisposition, dans leur pratique courante, à prendre en charge des patients obèses dans leur globalité. Ils n'avaient pas de pression commerciale, politique ou autre et n'ont pas été rémunérés pour ce travail.

Dans la littérature, il n'existait pas de critère universellement accepté pour la sélection des experts et il n'a pas été mis en évidence de directives sur le nombre minimum ou maximum d'experts devant constituer le panel. Il était conseillé d'inclure un minimum de 15 personnes (12).

Nous avons proposé une participation à des médecins généralistes, des infirmiers ASALEE, des diététiciens, des professeurs d'activité physique adaptée et un psychologue.

Notre étude s'est limitée à des professionnels de santé exerçant en Occitanie.

Les experts ont été directement contactés par téléphone (*Annexe 2.*).

Après acceptation de leur part, ils recevaient un mail de présentation de l'étude et devaient valider leur adresse e-mail (*Annexe 3.*).

D. Déroulement des rondes

Nous avons effectué trois rondes.

Les experts étaient invités à répondre à un questionnaire publié sur la plateforme Google Forms. Chaque participant répondait à chaque question à l'aide d'une échelle de cotation (échelles de Likert) allant de 1 (« désaccord complet ») à 9 (« accord complet »).

Pour chaque critère, les experts étaient incités à commenter leur réponse afin de corriger les critères et d'adapter le questionnaire lors des rondes suivantes.

Une relance des experts était faite par courrier électronique après un mois sans réponse au questionnaire.

A la fin de chaque ronde les demandes de modifications étaient prises en compte et traitées par les co-auteurs pour la reformulation des critères. Cela permettait d'établir une liste de

critères corrigés à soumettre à nouveau aux experts. A chaque ronde, nous propositions aux experts un résumé anonymisé des résultats de la ronde ainsi qu'un tableau personnalisé de leurs propres réponses. Cela avait pour but de permettre aux experts d'aborder la nouvelle ronde et de réévaluer leurs réponses au vu de la lecture des réponses des autres participants.

Les critères ayant obtenu un consensus n'étaient pas proposés lors de la ronde suivante. Concernant la validation du consensus, il n'existait pas de critère unanime quant au seuil à atteindre pour valider celui-ci. Suivant les études le taux variait entre 51 % et 80 % (15). Nous avons défini le consensus comme rapporté dans le **Tableau 2**.

Tableau 2. Définition du consensus

Accord	$\geq 80\%$ de notes ≥ 7
Consensus	$\geq 80\%$ de notes ≥ 7 et absence de demande de modification du critère.
Désaccord	$\geq 80\%$ de notes ≤ 3

Résultats

I. Revue systématique de la littérature

A. Sélection des articles

Suite à l'application des différents algorithmes à partir des bases de données étudiées entre juillet 2019 et juillet 2020, 572 articles ont été obtenus.

Parmi ces 572 articles, 177 provenaient de Pubmed, 50 de Cochrane, 32 d'EM Premium, 222 de Google Scholar, 58 de la base Sudoc et 33 de la BDSP.

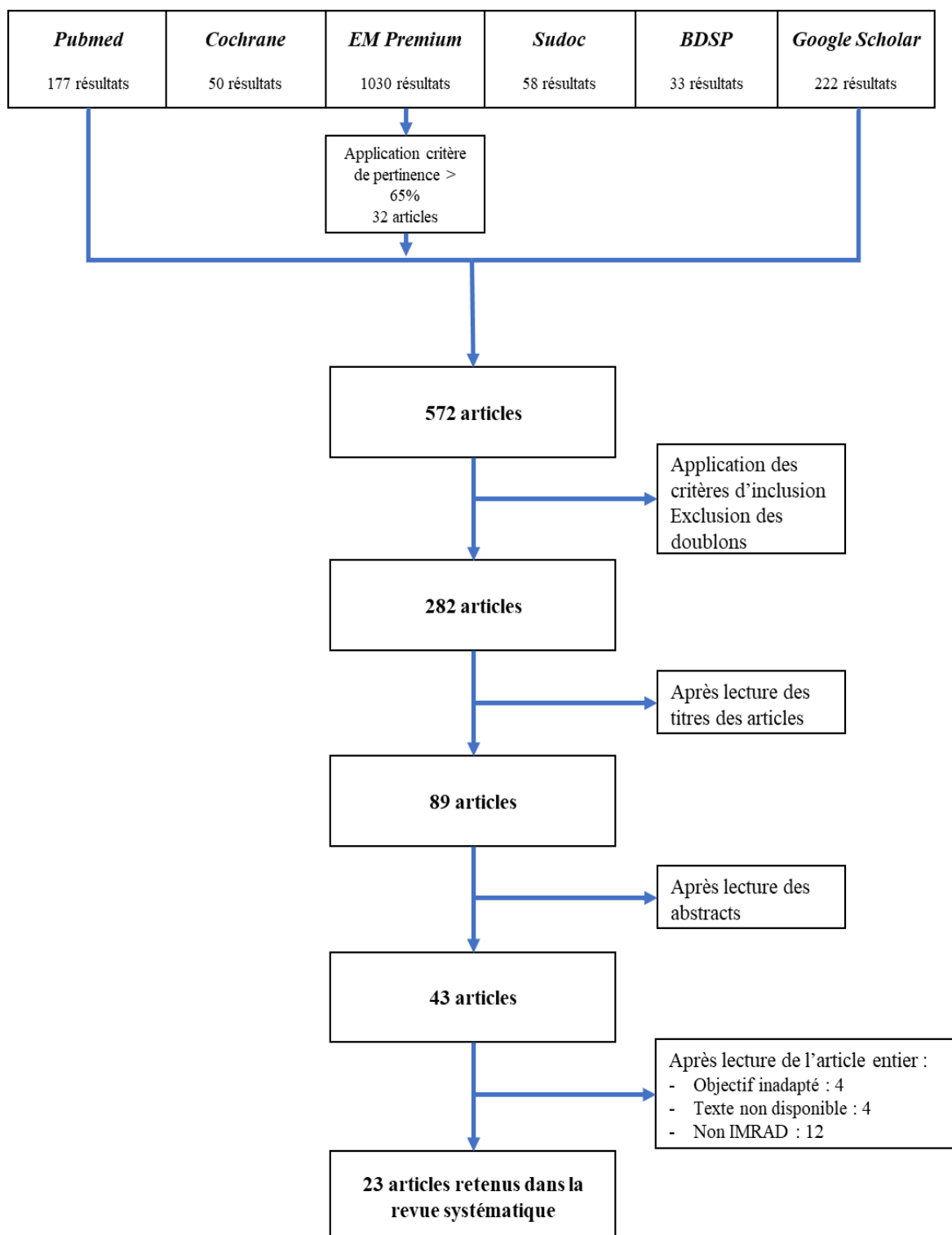
Concernant la base EM Premium, l'application d'un pourcentage de pertinence supérieur à 65% nous a permis d'inclure 32 articles, au lieu de 1030 initialement retrouvés grâce à notre équation de recherche.

Parmi ces 572 articles, l'application des critères de non inclusion et la suppression des doublons nous a mené à étudier les titres de 282 articles. Une fois la lecture des titres réalisée, nous avons été amenés à étudier les résumés de 89 articles et décidé de lire 43 articles. A la lecture des articles, 20 ont été exclus pour les raisons suivantes : non IMRAD (n=12), objectif inadapté (n=4) et totalité de l'article non disponible (n=4).

Nous avons inclus 23 articles dans notre revue de la littérature après lectures successives des titres, résumés puis des articles en totalité.

L'ensemble des données sur la sélection des articles est résumé dans le diagramme de flux de sélection et d'inclusion des articles (**Figure 1**). Les données concernant les articles exclus après lecture intégrale sont disponibles en **Annexe 2**.

Figure 1. Diagramme de flux de sélection et d'inclusion des articles.



B. Caractéristiques des articles inclus dans la revue

Parmi les 23 articles inclus dans la revue, huit étaient des études qualitatives, sept étaient des essais contrôlés, cinq étaient des études observationnelles dont deux études de cohorte, une cas-témoin et deux transversales, une était une revue systématique de littérature, une était une thèse d'exercice et une était une étude de faisabilité.

Ces études ont été publiées entre 2002 et 2019. Elles étaient principalement issues des Etats-Unis d'Amérique (USA) et du Canada (n=7), d'Australie (n=4), d'Angleterre (n=4), de France (n=4) ou d'autres pays de l'Union Européenne (Pays-Bas : 2, Suède : 1, pays de l'OCDE : 1).

Nous avons inclus des études qui évaluent les pratiques des médecins généralistes (MG) (n=10) et des études centrées sur l'effet de tentatives d'accompagnement des populations de patients en situation d'obésité (n=13).

Les scores des grilles de lecture sont disponibles pour chaque étude. Quatre études n'étaient pas évaluables, ne correspondant à aucune grille disponible.

Les principales caractéristiques des articles inclus ainsi que les principaux résultats sont présentés dans le **Tableau 3**.

Tableau 3. Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats

N°	Titre article	Type d'étude	Pays	Population étudiée	Objectif principal	Principaux résultats	Score
1	Practical clinical behavioral treatment of obesity (2002) (16)	Etude qualitative	Suède	Patients obèses	Introduire un nouveau mode de PEC de l'obésité basé sur une thérapie comportementale et cognitive de groupe. Modèle de Melin	Programme proposé : - 17 sessions, 15 exercices d'autoévaluation. - 2 ans de suivi, avec 20 RDV. Première étape : prise de conscience des comportements inadaptés et évaluation du niveau de motivation des patients. Pas de résultat : simplement une présentation d'un programme d'éducation thérapeutique (ETP) développé en Suède.	Non évaluable
2	Obesity management knowledge, attitudes and practices of general practitioners in southeastern France; results of a telephone survey (2005) (17)	Etude qualitative	France	600 MG en PACA	Décrire les attitudes, les connaissances et les pratiques des médecins généralistes en Provence Alpes-Côte d'Azur concernant la prise en charge des problèmes de poids chez les enfants et les adultes.	90% des MG considèrent qu'il s'agit d'une prise en charge au long cours 79% des MG considèrent que la prise en charge de l'obésité est de leur ressort 58% des MG se considèrent inefficaces dans la prise en charge de l'obésité de l'adulte. 57% des MG étaient pessimistes quant à la capacité de ces patients à perdre du poids et maintenir cette perte et 30% ont un avis péjoratif sur les patients obèses 54% des MG ont déjà suivi une formation complémentaire 80% des MG déclarent éprouver le besoin de connaissances et de compétences supplémentaires, en particulier concernant la prescription diététique.	COREQ 14/32
3	The effectiveness of nutrition counseling by Australian General Practitioners (2005) (18)	Etude qualitative	Australie	163 médecins généralistes	Déterminer si les médecins généralistes envisagent ou fournissent des conseils nutritionnels Déterminer si les médecins généralistes évaluent la disposition du patient à modifier son régime alimentaire	La majorité des médecins généralistes évaluent souvent le régime alimentaire du patient et la volonté du patient de modifier son régime alimentaire ; cependant, près de la moitié des personnes interrogées ne connaissaient pas les techniques de comportement au stade du changement. (Prochaska) Biais de mesure par l'utilisation de questionnaires d'autoévaluation.	COREQ 14/32

4	Empowering primary care to tackle the obesity epidemic: the Counterweight Programme (2005) (19)	Etude de cohorte	UK	1549 patients obèses ont été recrutés	Fournir une vue d'ensemble du Counterweight Program, en soulignant les stratégies utilisées pour responsabiliser les cliniciens et les patients dans la gestion du poids et l'efficacité de ces approches.	40 % des patients terminant le programme de 12 mois ont déclaré une perte de poids de plus de 5% Counterweight Program : approche globale pour inciter les cliniciens à changer leur pratique clinique et à donner aux patients les moyens de changer leur mode de vie Basé sur l'alliance de MG et Infirmière en Pratique Avancée (IPA) : Le rôle principal du médecin généraliste était d'identifier les patients appropriés pour une intervention sur le poids, de les référer aux IPA et d'effectuer un suivi si nécessaire. - formation des MG sur l'utilisation des stades de Prochaska pour repérer les patients prêt à entreprendre une prise en charge. SUIVI TRIMESTRIEL SUR 2 ANS	STROBE 12/34
5	Evaluation of the Counterweight Programme for obesity management in primary care: a starting point for continuous improvement (2008) (20)	Etude de cohorte prospective	UK	1906 patients obèses (IMC >30 ou 28 + comorbidités)	Cet article présente les résultats finaux d'une phase d'évaluation de 5 ans du Counterweight Program pour la gestion de l'obésité en médecine générale.	Intervention adaptée en fonction du degré de motivation (recherché au premier entretien) Programme de formation des patients par différents ateliers sur l'activité physique, la nutrition, la gestion des émotions, et l'évaluation des résultats, accompagné d'un livret explicatif. Un suivi régulier (6 RDV en 3 mois puis M6, M9 et M12), serait associé à une meilleure perte de poids. Quiz entre les différents RDV, rappel des précédents . Le changement de poids moyen chez ceux qui ont participé et qui avaient des données à 12 mois (n = 642) était de -3,0 kg (IC à 95 % = -3,5 à -2,4 kg) et à 24 mois (n = 357) était de -2,3 kg (95 % IC = -3,2 à -1,4 kg). -> 30,7 % avaient maintenu une perte de poids ≥ 5 % à 12 mois et 31,9 % à 24 mois	STROBE 19/34
6	Kansas Primary Care Weighs In: A Pilot Randomized Trial of a Chronic Care Model Program for Obesity in 3 Rural Kansas Primary Care Practices (2008) (21)	Essai randomisé	USA	107 patients obèses	Mener un essai pilote randomisé d'un modèle de soins chroniques pour la prise en charge de l'obésité dans les cabinets ruraux du Kansas.	Barrières pour prise en charge des patients obèses : temps, connaissances, argent. Fournitures aux patients : podomètre, calendrier alimentaire, informations (livrets...) Intervention : appel téléphonique 2x/semaine pdt 3 mois puis tous les mois. Pdt appel : évaluation motivation, histoire pondérale, estime de soi , amélioration diététique	CONSORT 20/34

7	Discussing Weight with Obese Primary Care Patients: Physician and Patient Perceptions (2008) (22)	Etude transversale	USA	30 MG et 456 patients obèses	Évaluer l'accord patient-médecin sur la question de savoir si le poids et les comportements associés ont été abordés lors des visites de routine	61 % concordance entre patients et MG sur sujets abordés en consultations (poids, activité, régime) 23% de désaccord sur au moins 1 des sujets. Les professionnels de santé peuvent avoir un impact positif sur les comportements des patients en abordant brièvement les problèmes de santé avec leurs patients.	STROBE 17/32
8	Preventing Weight Gain: One-Year Results of a Randomized Lifestyle Intervention (2009) (23)	Essai contrôlé randomisé	Pays Bas	457 patients obèses avec HTA ou dyslipidémie ou les deux.	Évaluer l'effet des conseils délivrés par des IPA sur le poids chez des patients obèses.	Efficacité plus importante d'un suivi renforcé par une IPA. Suivi normé, avec sujets à aborder à chaque séance définis, dans un logiciel. Reprise de l'historique de poids du patient Motivation avec Prochaska Réévaluation des objectifs et adaptation régulière. Une étude récente qui a comparé trois stratégies pour atteindre le maintien du poids après une perte de poids initiale a montré qu'un bref contact personnel mensuel procurait un bénéfice modeste.	CONSOR T 24/34
9	Weight-management interventions in primary care: a pilot randomised controlled trial (2009) (24)	Essai contrôlé randomisé	UK	123 patients (IMC >27)	Évaluer l'acceptabilité et la faisabilité de la mise en place de cette PEC de l'obésité à plus grande échelle.	<u>3 étapes préliminaires</u> : formation MG/IPA, puis utilisation de conversation standardisée informatisée, puis don d'un podomètre au patient. IPA en 1ere ligne : conseils basés sur les 5As Types : fixer des objectifs réalistes et atteignables, changement de style de vie sur le long terme, adaptation diététique, suggestion d'act physique adaptée. Mesures : taille, poids, tour de taille, PA, EAL/GAJ Questionnaires : connaître l'estime de soi du patient, sa qualité de vie. Questionnaire sur la qualité de vie et les symptômes liés à l'obésité. Les médecins généralistes prodiguaient des conseils sur un mode de vie sain aux patients obèses plutôt qu'à ceux dont l'IMC était compris entre 23 et 30 kg/m ² , bien que ce dernier groupe puisse tirer davantage de bénéfices pour la santé de la prévention.	CONSOR T 24/34

10	Prise en charge de l'obésité : quel est le niveau de formation des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique ? (2011) (25)	Étude qualitative	France	81 médecins généralistes Haute Vienne	Faire le point sur les connaissances et la pratique des MG d'un département français face à l'obésité.	<p>96% MG répondants interviennent dans PEC de l'obésité. Seulement 12,8 % des MG associaient les trois modalités de prise en charge : intervention diététique, prescription d'activité physique et prise en charge psycho comportementale.</p> <p>L'amélioration du travail en réseau, de l'éducation des patients et de leurs familles, l'obtention d'une codification spéciale pour les consultations de patients obèses, une meilleure prise en charge psycho comportementale étaient les principales suggestions faites par les MG</p> <p>20% de la patientèle obèse Déficit formation des MG, de manière globale.</p>	COREQ 10/32
11	Design, recruitment and start up of a primary care weight loss trial targeting African American and Hispanic adults (2011) (26)	Essai clinique randomisé	USA		Évaluer la faisabilité et l'efficacité d'un programme de perte de poids psycho comportemental utilisable en soins premiers.	<p>Calendrier alimentaire, utilisation d'un podomètre, d'un calculateur de calories. Objectifs adaptées, prise en charge globale : AP, diet, psycho. Support pour les patients.</p>	CONSOR T 24/34
12	One-year results of the Think Health! study of weight management in primary care practices (2012) (27)	Essai clinique randomisé	USA	240 patients IM > 27 et <55	Résultats de perte de poids sur 1 an d'un essai contrôlé randomisé qui a comparé les versions d'intensité modérée et faible du Think Health! programme	<p>Première séance : donner le manuel au participant, mesure du poids, les objectifs du programme et les documents de la séance 1 à 4, et ont aidé le patient à se fixer un objectif réaliste à court terme pour accomplir avant la prochaine visite.</p> <p>Changement de poids moyen sur 1 an était plus important pour les participants à Basic Plus vs Basic mais la différence entre les groupes de traitement n'était pas statistiquement significative.</p> <p>Changement de poids était plus important chez les participants qui ont assisté à plus de visites d'étude</p> <p>→ La plupart des interventions de faible intensité ont rapporté un changement de poids moyen relativement faible</p> <p>→ Pour augmenter l'impact de ce type de programme sur une population de patients en soins primaires : trouver des moyens d'identifier ceux qui sont suffisamment motivés pour s'inscrire</p>	CONSOR T 24/34

13	The impact of primary care resident physician training on patient weight loss at 12 months (2013) (28)	Cas témoin	USA	adultes obèses (IMC > 30)	Évaluer si un programme de formation sur l'obésité de 5 heures pour les internes sur la base des 5A (évaluer, conseiller, convenir, aider et organiser) était associé à une perte de poids chez leurs patients obèses.	<p>Les patients des médecins qui ont suivi un programme de conseil en obésité basé sur les 5A ont perdu plus de poids que les patients des médecins qui n'ont pas suivi le programme multimodal</p> <p>Dans une étude portant sur plus de 300 professionnels de santé de trois spécialités différentes à la faculté de médecine de l'Université de New York, 65 % ne se sentaient pas compétents pour obtenir des antécédents alimentaires, 40 % ne se sentaient pas compétents pour aider les patients à se fixer des objectifs de perte de poids réalistes et 39 % ne se sentaient pas compétents pour fournir de brefs conseils pour aider les patients à perdre du poids.(29) Les conseils d'un médecin ne suffisent pas à eux seuls à traiter l'obésité dans le cadre des soins primaires.</p>	22/34 STROBE
14	A randomized controlled trial comparing scalable weight loss treatments in primary care (2014) (30)	Essai contrôlé randomisé	USA	89 adultes en surpoids ou obèse (IMC > 25 mais < 55) entre 18 et 65 ans.	Hypothèse que les patients en entretien motivationnel perdraient significativement plus de poids et connaîtraient davantage d'améliorations liées au poids par rapport aux patients suivis en nutrition et en soins habituels.	<p>Les résultats suggèrent qu'une intervention de perte de poids à faible intensité, appuyée par des ressources Web gratuites et largement disponibles, peut être mise en œuvre efficacement en soins premiers.</p> <p>Pas de supériorité des entretiens motivationnels sur les thérapies comportementales de nutrition en soins premiers. Prise en charge nutritionnelle à montrer une efficacité à court terme → biais supposé : les auteurs ont surestimé les connaissances de base en diététiques des patients et donc ceux de la branche "entretiens motivationnels" qui n'ont pas reçu de conseils diététiques n'ont probablement pas perdu de poids à cause de ces lacunes.</p>	21/37 CONSORT
15	Dietetic treatment lowers body mass index in overweight patients: an observational study in primary health care (2014) (31)	Etude transversale	Pays-Bas	Données de 3960 adultes en surpoids ou obèse (IMC > 25)	Évaluer l'efficacité d'une prise en charge diététique sur les variations d'IMC.	<p>Prise en charge par diététicien permet une baisse de l'IMC Pas d'effet significativement supérieur d'une prise en charge de 6 mois vs 12 mois. Plus l'IMC de départ est élevé, plus la baisse est importante.</p>	20/34 STROBE

16	Primary health care-level interventions targeting health literacy and their effect on weight loss: a systematic review (2015) (32)	Revue systématique	pays de l'OCDE	Adulte avec IMC > 25	Revue systématique recherchant des essais cliniques d'une durée de 6 à 12 mois de prise en charge, associant les différents axes de la prise en charge de l'obésité (diet/AP/psy), afin d'essayer de montrer l'efficacité sur la perte de poids et essayer de démontrer quelle prise en charge obtient les meilleurs résultats.	Information délivrée par Internet moins efficace que par prof. de santé. Améliorer les connaissances du patient et lui fournir des outils permet d'améliorer les résultats. Pas réussi à démontrer l'efficacité d'une prise en charge individualisée. Les interventions d'intensité <u>au moins moyenne</u> réalisées par un éventail de professionnels de santé, portant à la fois sur l'alimentation et l'activité physique et sur l'utilisation de stratégies comportementales, ont été efficaces.	17/27 PRISMA
17	5As Team obesity intervention in primary care: development and evaluation of shared decision-making weight management tools (2015) (33)	Étude qualitative de type recherche de consensus	Canada	Professionnels de santé participant au programme 5AsT	Evaluation des outils du 5As toolkit par les professionnels de santé	Permet de découvrir des outils d'aide à la prise en charge de l'obésité en soins premiers. Il faut créer des outils simples, flexibles et adaptés à la prise en charge en soins premiers Il est important que tous les professionnels de santé transmettent des messages cohérents et qu'ils aient confiance pour identifier et traiter les causes profondes de l'obésité en dehors de leur discipline de base.	NON ADAPTÉ À LA GRILLE COREQ
18	Cluster randomised trial of a tailored intervention to improve the management of overweight and obesity in primary care in England (2016) (34)	Essai randomisé	Angleterre	30 médecins généralistes de la région East Midlands en Angleterre.	Évaluer si une formation "sur mesure" des professionnels de santé permettrait d'améliorer la prise en charge de l'obésité en soins premiers.	Résultats inattendus : pas d'amélioration de la prise en charge de l'obésité suite à la formation des professionnels. Explication possible : prise en charge de l'obésité n'est pas la priorité des Med Gé qui sont sollicités sur de nombreuses autres missions.	CONSOR T 24/37

19	Intérêt d'outils d'autoformation portant sur l'excès de poids en médecine générale (2017) (35)	Étude qualitative	France	233 médecins généralistes du Limousin ont répondu à un questionnaire en ligne	Evaluation de nouveaux outils d'autoformation synthétiques à la prise en charge de l'excès de poids	Souhait de formation. Difficile d'aborder la question du surpoids pour les MG Peur d'offenser Manque de formation. Peur de l'échec de la prise en charge	STROBE 22/34
20	Feasibility and acceptability of a physician-delivered weight management programme (2017) (36)	Etude de faisabilité	Australie	12 MG et 23 patients australiens	Acceptation et faisabilité d'une prise en charge de l'obésité par les MG via l'utilisation d'un outil numérique à destination des médecins et des patients	Contexte : Le "généralisme expert" décrit la capacité de prendre soin de toute personne, quelle que soit sa maladie, en tirant parti de la connaissance des liens sociaux de cette personne. Concernant l'obésité, cela revient à ce que le médecin généraliste réalise des interventions nutritionnelles, d'activités physiques et comportementales dans le cadre de l'ensemble des antécédents médicaux, sociaux et psychologiques du patient. Des soins de santé primaires solides sont associés à de meilleurs résultats pour les patients à un coût inférieur pour la communauté par rapport aux soins tertiaires, cependant, cela n'a pas encore été pleinement réalisé dans la gestion de l'obésité. → Les patients qui avaient une forte préférence pour l'implication de leur médecin généraliste étaient particulièrement positifs à propos de l'expérience → Des relations patient-MG solides et collaboratives sont susceptibles d'être une ressource à exploiter pour un changement de comportement à long terme dans le mode de vie	Pas de grille pour étude de faisabilité très courte.
21	Impact d'un programme ambulatoire d'éducation thérapeutique des patients (2018) (37)	Thèse de médecine générale	France	19 patients obèses	Évaluer l'impact de la participation de personnes obèses au programme d'éducation thérapeutique de lutte contre l'obésité de la Maison de Santé pluridisciplinaire de Carpentras sur leur risque de mortalité et leur qualité de vie.	A l'issue du programme d'éducation thérapeutique, ils n'ont pas montré d'amélioration statistiquement significative de la qualité de vie. Le programme se déroule sur une durée globale de trois mois : trop court pour évaluer une efficacité sur la qualité de vie. Verbalisé par les patients. Suivi de 2 ans plus adapté pour mesurer l'efficacité sur la perte de poids et les conséquences sur les facteurs de risque associés. (38) Cet autre article suggère que les régimes sont associés à une perte de poids suivie d'une reprise après la fin du traitement, alors que l'exercice seul produit des pertes de poids plus faibles mais un meilleur maintien. L'association des deux produit des résultats plus probants.	Non évaluable

22	Participant perspectives of a 6-month telephone-based lifestyle coaching program. (2018) (39)	Étude qualitative	Australie	59 patients ayant suivi le programme d'éducation thérapeutique GHS	Mieux comprendre les attitudes et les expériences des participants d'un programme de style de vie de coaching de santé par téléphone	Les patients attendaient de cette prise en charge des outils et du soutien afin de les aider dans leur projet de perte de poids. Ils valorisent le suivi régulier, personnalisé et le soutien moral. En même temps, le manque de temps est le frein principal au bon suivi	COREQ 18/32
23	"90% of the time, it's not just weight": General practitioner and practice staff perspectives regarding the barriers and enablers to obesity guideline implementation (2019) (40)	Étude qualitative	Australie	20 MG et 18 infirmières de pratique avancée de la région de Melbourne	Identifier les points de vue des médecins généralistes et du personnel de médecine générale concernant les obstacles et les atouts à la mise en œuvre des recommandations sur l'obésité en médecine générale.	Freins : manque de temps, manque de formation, pas de réseau d'aide pour la prise en charge, peur de froisser le patient, peur de ne pas atteindre les objectifs et décevoir, coût pour les patients. Motivations : Responsabilité en tant que professionnel de santé d'améliorer l'espérance de vie et la qualité de vie des patients, atout de la relation médecin/patients dans la prise en charge globale de l'obésité.	COREQ 15/32

C. Synthèse des résultats

A l'issue de cette revue systématique de la littérature concernant la prise en charge de l'obésité, nous avons pu retrouver quelques exemples d'outils et programmes d'éducation thérapeutique à destination des soins primaires. Ceux-ci sont le plus souvent accompagnés d'une prise en charge multidisciplinaire centrée sur plusieurs grands principes indispensables si l'on souhaite y retrouver un bénéfice.

Dans un souci de lisibilité, nous avons décidé de les présenter de façon séparée.

1. Exemples d'outils et programmes utilisés dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte

Nous avons pu mettre en évidence différents programmes d'éducation thérapeutique et principalement un outil, le "5As".

Programme d'encadrement de l'obésité au Canada intitulé "5As" : Il s'agit d'un outil développé au Canada à destination des médecins généralistes afin de faciliter la prise en charge de l'obésité en proposant plusieurs outils et une formation associée de 90 minutes en moyenne.

Ce programme a été basé sur 5 principes d'éducation thérapeutique adapté à l'obésité :

- "Ask" : demander la permission de parler de poids. Cette première partie s'intéresse au ressenti du patient, son niveau de réceptivité au changement. En effet, si le patient n'est pas prêt à aborder le sujet de son poids ou qu'il n'est pas un problème pour lui, une prise en charge n'est pas souhaitable.
- "Asses" : déterminer les risques liés à l'obésité. C'est lors de cette deuxième étape que les professionnels de santé vont devoir dresser le portrait du patient, c'est-à-dire son histoire pondérale, ses mesures actuelles, ses pathologies associées et stratifier le risque lié à son obésité.
- "Advise" : conseiller le patient. Cette troisième partie va vraiment se concentrer sur les conseils à prodiguer au patient sur le sommeil, l'activité physique, la diététique, les interventions psychologiques et lui exposer les possibilités en terme de chirurgie bariatrique si le patient est concerné.

- “Agree” : se mettre d’accord. C’est le moment de fixer des objectifs SMART, c’est à dire Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Récompensant et à Temps déterminé. Bien sûr, ces objectifs seront à fixer avec le patient.
- “Assist” : aider le patient à identifier les déclencheurs de son obésité et s’attaquer à ces derniers. Il faudra par la suite planifier un suivi et proposer une liste de professionnels appropriés que le patient pourra rencontrer pour l’aider dans son projet.

Avec ce programme, les “5As” proposent des supports pour les différentes étapes pouvant servir d’aide à la consultation que le professionnel pourra remplir avec le patient. Ces fiches sont conçues pour faciliter le travail des médecins généralistes en simplifiant le déroulé des consultations.

De même, sont proposés des résumés des recommandations du traitement de l’obésité via des plaquettes adaptées aux différents stades de la prise en charge.

Les résultats de l’étude préliminaire réalisée en 2013 par les auteurs de l’outil suggèrent que l’utilisation des “5As” de la gestion de l’obésité facilite la gestion du poids en soins premiers en favorisant la communication entre professionnel et patient et en facilitant l’évaluation et le suivi des patients. Les auteurs ont mis en évidence une augmentation significative du nombre de patients accompagnés en éducation thérapeutique pour de l’obésité depuis la formation de professionnels aux “5As” (19 vs. 39%, $p = 0.03$) (41).

Counterweight Program : Il s’agit d’un programme britannique dans lequel les patients ont été invités à s’engager à neuf rendez-vous sur 12 mois après un bilan initial. Cela comprenait six rendez-vous individuels (10 à 30 minutes chacun) ou six séances de groupe (1 heure chacune) sur une période de 3 mois, puis un suivi à 6, 9, 12, 24 mois. Par ailleurs, leur était fourni des supports papiers informatifs , en rapport avec les séances d’éducation thérapeutique.

Chaque cabinet médical participant au programme bénéficiait d’une formation d’une heure pour ses médecins généralistes chargés du dépistage et recrutement des patients et de huit heures pour les infirmières de pratique avancée, chargées de délivrer l’information (20).

Les séances étaient toujours organisées de la même manière : un thème est abordé, par exemple un atelier diététique de décryptage des étiquettes produits et confection d’un menu,

puis un point est fait sur l'avancement des objectifs fixés précédemment. Si deux objectifs ont été acquis, le patient fixe de nouveaux objectifs avec l'aide de l'intervenant. Enfin, on relit avec le patient son journal de bord pour faire le point sur les difficultés rencontrées, les différents menus et activités réalisées depuis la dernière séance ainsi que son adhésion au programme.

Ce programme a été expérimenté dans une vaste étude centrée sur 1906 patients au Royaume-Uni, recrutés dans 5 cabinets de médecine générale. Parmi les patients traités à 12 mois, le changement de poids moyen était d'environ -3,0 kg (IC à 95 % = -3,5 à -2,4). Parmi les patients traités à 24 mois, le changement de poids moyen était de -2,3 kg (IC à 95 % = -3,2 à 1,4).

Cette étude présente des preuves prospectives d'un modèle efficace de gestion du poids pour les soins primaires(27).

Think Health Program ! : Il s'agit d'un programme d'éducation thérapeutique américain d'intensité modérée impliquant des conseils par des praticiens tous les 4 mois, complétés par un encadrement par des "coachs de vie" tous les mois.

Ce programme associe des fiches pratiques sur l'alimentation et l'activité physique ainsi que des entretiens motivationnels.

Les résultats de ce programme n'ont pas été significatifs, la cause invoquée par les auteurs étant la faible participation des patients aux séances de coaching (27).

2.Stratégie de prise en charge de l'obésité

2.1.Bilan initial

Le patient doit être considéré dans son ensemble, et son obésité prise en charge selon des principes fondamentaux qui ont été rappelés par la HAS en 2011 (7) mais aussi décrits dans la majorité des études de notre revue (19,33,42).

Avant toute prise en charge, il semble indispensable de réaliser un bilan éducatif (ou diagnostic éducatif) afin d'évaluer le patient (psychosocial, biomédical, économique ..), expliquer la démarche d'une prise en charge en ETP et évaluer son niveau de motivation en le situant par exemple dans le cercle de Prochaska et Di Clemente (16,20).

Dans le bilan initial, il faudra que le patient fixe des objectifs avec l'aide du médecin en termes de réduction de poids en restant bien vigilant à fixer des objectifs atteignables.

Concernant les mesures, la plupart des médecins utilisent l'indice de masse corporelle (IMC), mais seulement 40% environ mesurent le périmètre abdominal pourtant jugé utile dans la définition de l'obésité abdominale et dans le suivi de l'obésité (17).

Nous avons découvert un nouvel indicateur de mesure appelé ABSI (A Body Shape Index) qui prend en compte l'âge, le sexe, la taille, le poids et le périmètre abdominal du patient. L'ABSI utilise le tour de taille pour prendre en compte la répartition des graisses et notamment la proportion de graisse abdominale afin de déterminer un risque cardiovasculaire. Cela implique qu'une augmentation de la masse musculaire mais avec diminution du tour de taille entraîne une diminution du risque cardiovasculaire et conduit à une meilleure classification des risques, différence significative avec l'IMC qui n'aurait pris en compte que l'augmentation du poids lié à l'augmentation de la masse musculaire.

Cet outil de mesure pourrait venir en complément de l'IMC et permettre d'intégrer le périmètre abdominal dans l'évaluation du risque cardiovasculaire (37,43).

La prise en charge devra s'articuler autour de 3 grands axes afin d'améliorer l'efficacité de la perte de poids et éviter une reprise pondérale : activité physique, diététique et approche psychologique/cognitivo-comportementale (32).

Inclure le patient, le rendre acteur de sa prise en charge et lui fournir des outils adaptés afin d'améliorer ses compétences (ses savoir, ses savoir-faire et ses savoir-être) sont autant d'éléments qui permettront d'obtenir de meilleurs résultats sur la perte de poids et le maintien du poids par la suite (32).

2.2. Activité physique

L'activité physique (AP) est recommandée comme composante de la gestion pondérale pour prévenir la prise, faciliter la perte et éviter la reprise de poids après une perte.

L'AP d'intensité modérée entre 150 et 250 min/semaine améliorera la perte de poids dans les études qui utilisent une restriction alimentaire modérée (44).

La HAS définit comme activité physique modérée la marche rapide, le jardinage, la danse de salon, le vélo, la natation “plaisir” ou la pratique du ski alpin.

Une revue de la littérature réalisée en 2017 suggérait qu’un programme d’activité physique aérobie (à opposer avec l’activité physique anaérobie : sprints, musculation, fractionné) de 6 à 12 mois, sans restriction alimentaire permettrait une perte corporelle de 2 à 3 % chez un patient adulte obèse. De même, l’association combinée d’activité physique et d’une prise en charge diététique produit des effets supérieurs à une action diététique seule sur la perte de poids (45). Par ailleurs, pratiquer à la fois une activité physique aérobie et une activité physique anaérobie limite la reprise de poids.

2.3. Diététique

Le manque de formation évoqué par les médecins généralistes est particulièrement mis en avant concernant la prise en charge diététique, (17) ce qui renforcerait l’idée de faire appel à un diététicien ou médecin nutritionniste, toujours dans un esprit de prise en charge pluridisciplinaire de premier recours.

La prise en charge par un diététicien a par ailleurs montré une efficacité sur la diminution de l’IMC (31) dans le cadre d’une prise en charge de 6 à 12 mois.

2.4. Psychologie et psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC)

En 2017, une équipe de chercheurs a réalisé une revue systématique de la littérature afin de définir s’il existe une association entre troubles psychiatriques et obésité (46). Il en est ressorti un lien fort et bidirectionnel entre obésité et syndrome dépressif. Il semblerait par ailleurs que les troubles anxieux génèrent de l’obésité. En revanche, il n’a pas été mis en évidence de lien significatif entre obésité et les autres troubles psychiatriques.

Par ailleurs, il semble indispensable avant de débiter toute prise en charge en ETP, de dépister les troubles du comportement alimentaire, et dans ce cas d’associer une prise en charge spécialisée (46).

La prise en charge de l’obésité doit comprendre une dimension psychologique, associée à une modification en profondeur des habitudes de vie.

Les TCC mettent en lien les comportements, les pensées et les émotions. Le traitement a pour objectif de faire évoluer les pensées et les fausses croyances et d'améliorer la gestion des émotions et des comportements problématiques (16).

2.5. *Suivi*

Pour la fréquence de suivi, plusieurs études ont proposé différents calendriers de prise en charge. Toutes s'accordent en revanche sur la nécessité d'organiser des consultations plus rapprochées en début de suivi afin de soutenir le patient dans sa démarche et augmenter l'observance, puis d'espacer les consultations (20). Le Counterweight Program proposait ainsi un suivi toutes les deux semaines pendant 3 mois puis tous les 3 mois pendant 1 an (19).

Alors qu'une étude a démontré qu'un suivi global de 3 mois était trop court pour espérer obtenir des résultats (37), un suivi sur une période de 2 ans semble être plus adapté et fournir de meilleurs résultats sur la perte et le maintien du poids (20,38).

II. Ronde Delphi

A. Recrutement des experts

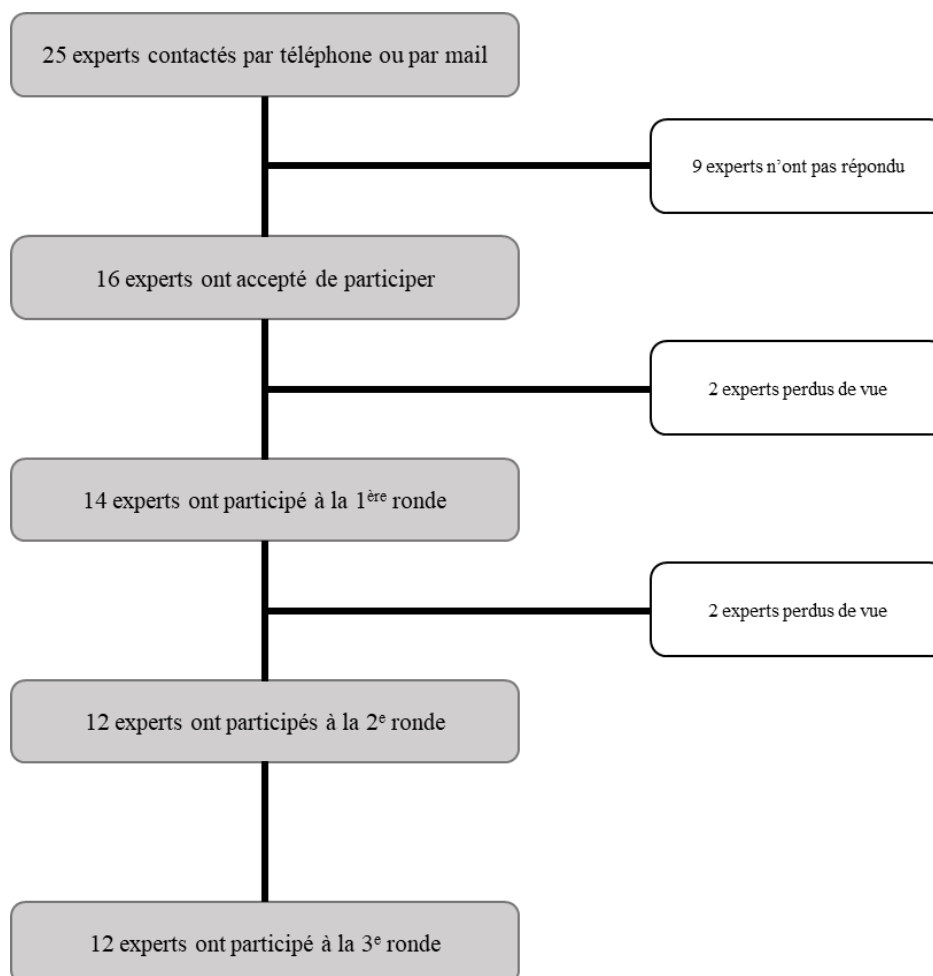
Le recrutement des experts s'est fait de janvier 2021 à mars 2021, initialement par un premier contact par mail, suivi d'un appel téléphonique afin d'expliquer les différentes modalités des rondes à ceux ayant répondu positivement.

Sur les 25 professionnels contactés, 16 (64%) ont accepté de participer.

Le premier contact s'étant fait par mail, nous n'avons pas eu de raisons concernant le refus des neuf autres professionnels de santé à ne pas participer à notre ronde Delphi.

Parmi les experts inclus, il y avait 8 médecins généralistes, 2 diététiciennes, 3 infirmières ASALEE, 2 professeurs d'activité physique et 1 psychologue.

Figure 2. Diagramme de flux des experts



B. Résultats de la première ronde

La première ronde s'est déroulée du 7 mars 2021 au 4 avril 2021. Il a fallu un mail de relance le 29 mars 2021 afin d'arriver à un taux de réponse satisfaisant et ainsi pouvoir la clôturer.

Lors de cette première ronde, 47 critères ont été proposés aux participants.

Quatorze (93%) experts ont répondu. Un expert a été exclu pour sa réponse trop tardive alors que la ronde était clôturée. Tous les critères ont été commentés.

Treize (87%) des 15 experts ont émis un commentaire sur au moins un des critères.

Parmi les critères de prise en charge proposés :

- 12 (26%) critères ont obtenu un consensus, et ont donc été retirés (dont 2 qui ont été légèrement modifiés par rapport aux commentaires faits).
- 10 (21%) critères ont obtenu un accord, mais avec des demandes de modifications. Ils ont été reformulés et soumis à nouveau lors de la ronde suivante.
- Aucun critère n'a été exclu.
- Les 25 autres critères ont été modifiés en fonction des remarques faites par les participants et soumis lors de la ronde suivante.

Deux critères parmi les 25 modifiés ont été fusionnés en un seul devant la redondance des informations qu'ils contenaient.

Les reformulations ont été réalisées en double lecture et double écriture par les auteurs.

C. Résultats de la seconde ronde

Cette deuxième ronde s'est déroulée du 26 avril 2021 au 25 mai 2021.

Douze (86%) des 14 experts interrogés ont répondu.

A la fin de cette seconde ronde, le nombre de réponses ne permettait pas d'atteindre les 70% d'experts, il a fallu 2 mails de relance (1er le 17 mai, 2ème le 25 mai) afin d'obtenir ces 12 réponses.

Lors de cette ronde, 34 critères ont été proposés.

Deux (17%) des experts n'ont fait aucun commentaire.

Quatre (12%) critères n'ont eu aucun commentaire.

Parmi les critères proposés :

- 23 ont obtenu un consensus, dont 7 avec de légères modifications des intitulés au vu des remarques faites.
- Deux ont obtenu un accord, avec des demandes de modifications. Après reformulation, ils ont été de nouveau présentés lors de la ronde suivante.
- Aucun des critères n'a été exclu.
- Neuf critères n'ont obtenu ni consensus, ni accord. Parmi eux, deux ont été proposés tels quels, une reformulation n'étant pas possible.

D. Résultats de la dernière ronde

Cette troisième et dernière ronde a commencé le 1er août 2021 pour se finir le 11 septembre 2021. Sur les 12 experts participants à cette ronde, 12 ont répondu. Il a fallu un mail de relance pour obtenir toutes les réponses, le 4 septembre 2021.

Onze critères ont été proposés. Deux des critères (18%) n'ont pas fait l'objet de commentaires.

Quatre experts n'ont fait aucun commentaire (36%).

Sur les 11 critères proposés :

- Sept ont obtenu un consensus, sans retouche de l'intitulé.
- Un critère a obtenu un accord, mais a quand même été exclu, les demandes de modifications étant toujours du même ordre, elles ne permettaient pas selon nous de l'inclure dans le consensus.
- Trois ont été exclus, n'ayant obtenu ni un consensus, ni un accord, malgré plusieurs modifications.

A la fin de la ronde Delphi, 42 critères ont obtenu un consensus, dont 30 après modifications, et 4 ont été exclus.

E. Synthèse des résultats

Dans le **Tableau 4.**, est présentée la comparaison entre les critères finaux obtenus à l'issue de la ronde Delphi et leur formulation initiale.

Nous avons 47 critères qui finalement ont été réduits à 43 critères après les rondes successives.

Dans cette liste, trois critères n'ont pas obtenu de consensus malgré les modifications réalisées, et deux critères ont été fusionnés.

Tableau 4. Présentation des résultats de la ronde Delphi

CRITÈRES INITIAUX	CRITÈRES FINAUX
<u>Débuter une prise en charge</u>	
<u>Critère n°1</u> - Avant toute prise en charge, il faut demander au patient s'il souhaite aborder la question de son surpoids/obésité.	<u>Critère n°1</u> : Avant toute prise en charge, il faut demander au patient s'il souhaite aborder ce problème puis lui exposer les complications et risques de l'obésité s'il n'y a pas déjà été sensibilisé.
<u>Critère n°2</u> - Avant toute prise en charge, la motivation du patient sera évaluée (à l'aide du modèle de Prochaska et Di Clemente ou avec un autre modèle).	<u>Critère n°2</u> - Afin d'adapter la prise en charge, la motivation du patient sera évaluée (par exemple : avec l'aide du modèle de Prochaska et Di Clemente, ou d'un autre modèle).
<u>Critère n° 3</u> - Les patients présentant une obésité compliquée de pathologies chroniques sévères (insuffisance cardiaque, syndrome dépressif sévère, diabète compliqué..) ou femme enceinte obèse ne relèvent pas d'une prise en charge en soins premiers. (utilisation du score EOSS - Edmonton Obesity Staging System supérieur à 2 par exemple).	<u>CRITÈRE N'AYANT PAS FAIT CONSENSUS APRÈS TROIS RONDES</u>
<u>Critère n°4</u> - Il faut débiter l'entretien par une évaluation des connaissances du patient vis-à-vis de l'obésité et de ses complications.	<u>Critère n°4</u> - Lors des premiers entretiens, l'évaluation de l'histoire pondérale du patient et de ses connaissances vis à vis de l'obésité est indispensable afin d'adapter sa prise en charge.
<u>Critère n°5</u> - Expliquer au patient le but d'une prise en charge en éducation thérapeutique, ses bénéfices, les éventuelles contraintes en termes de temps nécessaire, de disponibilité.	<u>Critère n°5</u> - Expliquer au patient le but d'une prise en charge en éducation thérapeutique, ses bénéfices, les éventuelles contraintes en termes de temps nécessaire, de disponibilité.
<u>Critère n°6</u> - Le médecin doit évaluer le projet du patient pour adapter les objectifs de la prise en charge qui lui seront présentés par la suite.	<u>Critère n°6</u> - Le médecin doit comprendre le projet du patient, en discuter avec lui afin de l'aider à formuler des objectifs adaptés à sa prise en charge. Ces objectifs seront partagés avec les différents acteurs de sa prise en charge.

<p><u>Critère n°7</u> - “Signature” d’une charte de suivi engageant le patient à honorer les rendez-vous et à s’investir dans sa prise en charge, et le médecin à rester disponible afin de répondre au mieux aux attentes du patient.</p>	<p><u>Critère n°7</u> - Il est important pour l’équipe de soins premiers de responsabiliser le patient et de l’autonomiser pour qu’il s’investisse dans sa prise en charge sans pour autant l’enfermer dans une obligation de suivi.</p>
<p><u>Outils adaptés à la prise en charge de l’obésité</u></p>	
<p><u>Critère n°8</u> - L’Indice de Masse Corporelle (IMC) sera utilisé lors du diagnostic et du suivi de la prise en charge de l’obésité en éducation thérapeutique.</p>	<p><u>Critère n°8</u> - L’Indice de Masse Corporelle (IMC) est indispensable lors du diagnostic et pourra être utilisé lors du suivi de la prise en charge de l’obésité en éducation thérapeutique. Il faudra cependant veiller à nuancer les résultats et ne pas enfermer le patient dans des nombres.</p>
<p><u>Critère n°9</u> - “ A Body Shape Index score” (ABSI Z score) sera utilisé lors du diagnostic et du suivi de la prise en charge de l’obésité en éducation thérapeutique. Ce score nécessite le tour de taille (WC) , l’IMC (BMI) et la taille (height). Il permet une meilleure estimation de risque cardiovasculaire chez le patient obèse . L’ABSI Z score est calculé en utilisant l’ABSI du patient et en l’intégrant dans une formule mathématique utilisant la moyenne d’ABSI de la population générale. Lien pour accéder au calculateur : https://www.mytecbits.com/tools/medical/absi-calculator#risklevel</p>	<p><u>CRITÈRE N’AYANT PAS FAIT CONSENSUS APRÈS TROIS RONDES</u></p>
<p><u>Critère n°10</u> - L’adiposité par la mesure des plis cutanés reconnus (tricipital, bicipital, sous scapulaire et supra iliaque) sera utilisée lors du diagnostic et du suivi de la prise en charge de l’obésité en éducation thérapeutique.</p>	<p><u>CRITÈRE N’AYANT PAS FAIT CONSENSUS APRÈS TROIS RONDES</u></p>
<p><u>Critère n°11</u> - La mesure du tour de taille et du tour de hanche sera utilisée lors du diagnostic et du suivi de la prise en charge de l’obésité en éducation thérapeutique.</p>	<p><u>CRITÈRE N’AYANT PAS FAIT CONSENSUS APRÈS TROIS RONDES</u></p>
<p><u>Critère n°12</u> - L’évaluation du retentissement de l’obésité sur la vie quotidienne du patient devra être réalisée au début de la prise en charge et sera répétée lors de consultations de suivi.</p>	<p><u>Critère n°12</u> - L’évaluation du retentissement de l’obésité sur la vie quotidienne du patient devra être réalisée au début de la prise en charge et sera répétée lors de consultations de suivi.</p>

<u>Critère n°13</u> - L'hypertension artérielle sera évaluée et suivie lors de la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.	<u>Critère n°13</u> - En cas d'hypertension artérielle, sa surveillance pourra être utile comme objectif intermédiaire dans la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.
<u>Critère n°14</u> - La dyslipidémie sera évaluée et suivie lors de la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.	<u>Critère n°14</u> - En cas de dyslipidémie, sa surveillance pourra être utile comme objectif intermédiaire dans la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.
<u>Critère n°15</u> - Le diabète, par la mesure de la glycémie à jeun et de l'hémoglobine glyquée, sera évalué et suivi lors de la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.	<u>Critère n°15</u> - En cas de diabète, sa surveillance par la mesure de la glycémie à jeun et de l'hémoglobine glyquée, pourra être utile comme objectif intermédiaire dans la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.
<u>Critère n°16</u> - Le patient disposera tout au long de sa prise en charge de supports lui permettant d'accéder à des informations concernant l'obésité et sa prise en charge (guide nutritionnel, fiche alimentaire, sites Internet reconnus...).	<u>Critère n°16</u> - Le patient disposera tout au long de sa prise en charge de supports adaptés à ses capacités et objectifs lui permettant d'accéder à des informations concernant l'obésité et sa prise en charge (guide nutritionnel, fiche alimentaire, sites Internet reconnus...). Ces supports seront présentés en consultation afin de valider avec le patient leur utilité.
Objectifs et mise en œuvre	
<u>Critère n°17</u> - Les patients ayant un IMC inférieur à 30 kg/m ² , sans autre comorbidité doivent être sensibilisés au risque d'obésité mais ne relèvent pas d'une prise en charge en ETP.	<u>Critère n°17</u> - Les patients ayant un IMC inférieur à 30 kg/m ² , sans autre comorbidité, doivent être sensibilisés au risque d'obésité et pourront bénéficier d'un accompagnement s'ils le souhaitent, sans pour autant nécessiter un suivi rigoureux.
<u>Critère n°18</u> - A l'aide du médecin, le patient devra définir un projet de soin en fonction de sa préoccupation principale, ainsi que des objectifs intermédiaires qui contribueront à la réussite de son projet.	<u>Critère n°18</u> - A l'aide de l'équipe pluridisciplinaire, le patient devra définir un projet de soin en fonction de sa préoccupation principale, ainsi que des objectifs intermédiaires qui contribueront à la réussite de son projet.
<u>Critère n°19</u> - Les objectifs de la prise en charge, qui seront fixés en concertation avec les patients, doivent être précis, mesurables, atteignables, pertinents et limités dans le temps.	<u>Critère n°19</u> - Les objectifs de la prise en charge, qui seront fixés en concertation avec les patients, doivent être précis, mesurables, atteignables, pertinents et limités dans le temps.

<u>Critère n°20</u> - Les patients se verront proposer une prise en charge régulière avec une consultation de suivi tous les 15 jours pendant 3 mois puis tous les mois pendant 6 à 12 mois.	<u>Critère n°20</u> - Les patients se verront proposer un suivi régulier dont le rythme sera adapté à leurs disponibilités. Ce suivi devra, dans l'idéal, être multidisciplinaire, articulé autour de consultations avec le référent de la prise en charge.
<u>Critère n°21</u> - Le médecin et le patient conviendront d'un calendrier de suivi.	<u>Critère n°21</u> - Le médecin et le patient conviendront d'un calendrier de suivi.
<u>Critère n°22</u> - Le suivi du patient devrait être multidisciplinaire : alternance entre des consultations avec le médecin généraliste, les diététiciens, l'infirmier ASALEE, le psychologue, le professeur d'activité physique adapté et/ou les kinésithérapeutes.	<u>Critère n°22</u> - Le suivi du patient devrait être multidisciplinaire et coordonné : alternance entre des consultations avec le médecin généraliste, les diététiciens, l'infirmier ASALEE, le psychologue, le professeur d'activité physique adapté et/ou les kinésithérapeutes.
<u>Prise en charge diététique</u>	
<u>Critère n°23</u> - La prise en charge diététique devra se référer aux recommandations de bonnes pratiques actuelles, selon le Programme National Nutrition Santé (PNNS).	<u>Critère n°23</u> - La prise en charge diététique devra se référer aux recommandations de bonnes pratiques actuelles, selon le Programme National Nutrition Santé (PNNS), et adaptée pour chaque patient.
<u>Critère 24</u> - Le diagnostic diététique initial permettra d'obtenir les informations suivantes : les quantités consommées, la qualité des apports alimentaires, le moment des prises (prandiales/extra prandiales), le comportement alimentaire en général (ex : hyperphagie, contexte de restriction cognitive.. et la présence ou la suspicion de troubles du comportement alimentaire), les difficultés du patient et les éléments pertinents qui influencent la prise en charge diététique (ex : prise médicamenteuse, contexte socio-culturel, la profession...).	<u>Critère 24</u> - Le diagnostic diététique initial permettra d'obtenir les informations suivantes : les quantités consommées, la qualité des apports alimentaires, le moment des prises (prandiales/extra prandiales, rythme, contexte), le comportement alimentaire en général (ex : hyperphagie, contexte de restriction cognitive.. et la présence ou la suspicion de troubles du comportement alimentaire), les difficultés du patient et les éléments pertinents qui influencent la prise en charge diététique (ex : prise médicamenteuse, contexte socio-culturel, la profession...) et l'histoire pondéral du patient.
<u>Critère n°25</u> - Le médecin aura recours au calendrier alimentaire pour évaluer les apports journaliers et les troubles alimentaires du patient. Ce dernier pourra être renouvelé à plusieurs reprises lors de la prise en charge.	<u>Critère n°25</u> - Le recours au calendrier alimentaire sera possible pour évaluer les apports journaliers et les troubles alimentaires du patient. Ce dernier pourra être renouvelé à plusieurs reprises lors de la prise en charge en fonction du profil du patient.

<u>Critère n°26</u> - Le médecin réévaluera les connaissances du patient à chaque début de séance, soit par l'utilisation de "quiz" courts, soit en laissant le patient résumer rapidement la dernière séance.	<u>Critère n°26</u> - Le médecin réévaluera les connaissances acquises du patient en le laissant résumer/reformuler les thématiques abordées lors de la dernière séance et s'exprimer sur les difficultés rencontrées.
<u>Critère n°27</u> - L'information diététique sera délivrée en plusieurs séances afin de limiter l'information donnée et ainsi optimiser l'éducation du patient.	<u>Critère n°27</u> - Selon le niveau de connaissance du patient, l'information diététique pourra être délivrée en plusieurs séances dans l'objectif d'optimiser l'éducation du patient.
<u>Critère n°28</u> - Le médecin pourra s'appuyer sur le réseau local des professionnels de santé agréés à la prise en charge diététique.	<u>Critère n°28</u> - Le médecin pourra s'appuyer sur le réseau local des professionnels de santé formés à la prise en charge diététique s'assurant de la concordance des discours proposés.
<u>Activité physique</u>	
<u>Critère n°29</u> - Le patient doit réaliser idéalement entre 3 et 5 séances d'activité physique adaptée par semaine pour atteindre un niveau d'efficacité suffisant. Pour qu'elle soit bénéfique, la séance d'activité physique prescrite doit durer au minimum 30 minutes.	<u>Critère n°29/30</u> - Selon les recommandations HAS, le patient devra réaliser idéalement entre 3 et 5 séances d'activité physique adaptée par semaine (pour un total de 2h30) pour atteindre un niveau d'efficacité optimal. La fréquence et la durée de ces séances devront être individualisées pour chaque patient, ces objectifs étant un idéal difficilement atteignable pour certains.
<u>Critère n°30</u> - Le patient devra atteindre un total minimum de 150 minutes d'activité physique par semaine. (selon les recommandations OMS , toute séance d'activité d'intensité modérée d'au moins 10 minutes est comptabilisée dans le calcul de son activité physique hebdomadaire).	Après concertation, fusion de ce critère avec le 29
<u>Critère n°31</u> - L'activité physique doit être proposée de préférence à intensité modérée (un effort moyen accélérant sensiblement la fréquence cardiaque par exemple : marcher d'un pas vif, danser, faire du vélo, nager, tondre le gazon, jogging).	<u>Critère n°31</u> - L'activité physique doit être proposée de préférence à intensité modérée (un effort moyen accélérant sensiblement la fréquence cardiaque par exemple : marcher d'un pas vif, danser, faire du vélo, nager, tondre le gazon, jogging).
<u>Critère n°32</u> - Face à un patient sédentaire, la prescription d'activité physique doit être progressive afin de faciliter l'adhésion du patient.	<u>Critère n°32</u> - Face à un patient sédentaire, la prescription d'activité physique doit être progressive afin de faciliter l'adhésion du patient.

<u>Critère n°33</u> - L'activité physique doit être individualisée, adaptée à l'âge du patient, à son niveau habituel d'activité physique, à son état de santé (en particulier son niveau de risque CV), à sa condition physique, à ses capacités physiques fonctionnelles, à ses capacités cognitives et à ses moyens financiers. Elle devra être réévaluée en fonction des résultats de l'adhésion et de la tolérance du patient.	<u>Critère n°33</u> - L'activité physique doit être individualisée, adaptée à l'âge du patient, à son niveau habituel d'activité physique, à son état de santé (en particulier son niveau de risque CV), à sa condition physique, à ses capacités physiques fonctionnelles, à ses capacités cognitives et à ses moyens financiers. Elle devra être réévaluée en fonction des résultats de l'adhésion et de la tolérance du patient.
<u>Critère n°34</u> - L'utilisation d'outils (podomètre, cardiofréquencemètre) permettant de quantifier l'activité physique réalisée sera proposée au patient.	<u>Critère n°34</u> - L'utilisation d'outils (podomètre, cardiofréquencemètre) permettant de quantifier l'activité physique réalisée sera proposée au patient.
<u>Critère n°35</u> - Le médecin doit prescrire l'activité physique. Sur la prescription devront figurer les conseils prodigués à l'oral sur la fréquence, l'intensité, les composantes de la condition physique à développer (en fonction de l'examen clinique) et si nécessaire joindre un certificat de non contre-indication à la pratique de l'activité physique choisie par le patient.	<u>Critère n°35</u> - L'activité physique pourra être prescrite par le médecin et les professionnels de santé responsables de l'activité physique. Cette prescription permettrait de faire figurer les conseils prodigués à l'oral sur la fréquence, l'intensité, les composantes de la condition physique à développer (en fonction de l'examen clinique).
<u>Prise en charge psychologique</u>	
<u>Critère n°36</u> - Dans le cadre du bilan initial, le médecin généraliste devra rechercher l'existence de troubles des conduites alimentaires.	<u>Critère n°36</u> - Dans le cadre du bilan initial, il faudra rechercher l'existence de troubles des conduites alimentaires.
<u>Critère n°37</u> - Dans le cadre du bilan initial, le médecin généraliste devra rechercher l'existence d'un épisode dépressif caractérisé et des antécédents psychiatriques.	<u>Critère n°37</u> - Dans le cadre du bilan initial, il conviendra de rechercher l'existence d'un épisode dépressif caractérisé et des antécédents psychiatriques.
<u>Critère n°38</u> - Dans le cadre du bilan initial, l'existence d'une addiction doit être recherchée.	<u>Critère n°38</u> - Dans le cadre du bilan initial, l'existence d'une addiction doit être recherchée.
<u>Critère n°39</u> - L'attitude du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité doit être bienveillante, exempte de préjugés afin d'éviter un repli du patient sur lui-même et par là-même, un échec thérapeutique.	<u>Critère n°39</u> - L'attitude du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité doit être bienveillante, exempte de préjugés afin d'éviter un repli du patient sur lui-même et par là-même, un échec thérapeutique.

<u>Critère n°40</u> - La prise en charge par un psychologue doit être systématiquement proposée en complément de la prise en charge par le médecin généraliste.	<u>Critère n°40</u> - Un bilan psychologique pourra être proposé à chaque patient en début de prise en charge. Il conviendra de présenter au patient l'intérêt de ce bilan dans le cadre du suivi de l'obésité.
<u>Critère n°41</u> - L'existence de troubles des conduites alimentaires ou de tout autre trouble psychiatrique nécessite une prise en charge psychologique en premier lieu.	<u>Critère n°41</u> - L'existence de troubles des conduites alimentaires ou de tout autre trouble psychiatrique serviront d'indicateur pour proposer une consultation psychologique voire psychiatrique en fonction des patients et de leur évolution dans le cadre de la prise en charge en éducation thérapeutique.
<u>Critère n°42</u> - En cas de d'échec de la prise en charge psychologique, il faudra adresser le patient pour un bilan psychiatrique	<u>Critère n°42</u> - En cas d'inefficacité de la prise en charge psychologique, il faudra prévoir une concertation avec l'équipe soignante et le patient afin de définir les raisons de cette inefficacité et de déterminer la suite de la prise en charge.
<u>Critères complémentaires</u>	
<u>Critère n°43</u> - L'aspect financier de ce suivi multidisciplinaire devra être évalué en premier lieu afin d'appréhender les risques d'échec.	<u>Critère n°43</u> - L'aspect financier de ce suivi multidisciplinaire devra être évalué en premier lieu afin d'appréhender les risques d'échec.
<u>Critère n°44</u> - Si le patient souhaite utiliser un abonnement payant à des menus ou programmes d'activité physique, il conviendra au médecin généraliste de donner son avis.	<u>Critère n°44</u> - Si le patient souhaite utiliser un abonnement payant à des menus ou programmes d'activité physique, il conviendra d'accompagner le patient dans sa tentative ou de l'orienter vers un professionnel compétent afin de lui demander son avis.
<u>Critère n°45</u> - Chaque dossier de patient se verra discuté lors de réunion pluridisciplinaire fréquente.	<u>Critère n°45</u> - Dans le cadre du suivi pluridisciplinaire, il conviendra aux professionnels de santé de se retrouver afin d'échanger sur les dossiers complexes dans le but d'améliorer la prise en charge.

<p><u>Critère n°46</u> - Après un 1 an de prise en charge sans résultats, en accord avec le patient, le médecin l'orientera vers une prise en charge de second recours (endocrinologue, centre de prise en charge de l'obésité)</p>	<p><u>Critère n°46</u> - Après un 1 an de prise en charge sans résultats, le patient et son référent dresseront un bilan de l'année écoulée afin d'essayer de définir l'origine de cet échec. Ce bilan sera l'occasion de réévaluer la motivation du patient, d'adapter le protocole et, si besoin, une prise en charge de second recours lui sera proposée (endocrinologue, centre de prise en charge de l'obésité).</p>
<p><u>Critère n°47</u> - Le médecin généraliste proposera une ou plusieurs consultations avec les proches du patient afin de se renseigner sur les habitudes de vie commune du patient, d'éduquer le conjoint et d'adapter la prise en charge en conséquence.</p>	<p><u>Critère n°47</u> - Si il le souhaite, le patient se verra proposer une ou plusieurs consultations avec ses proches afin de se renseigner sur ses habitudes de vie, d'éduquer le conjoint et d'adapter la prise en charge en conséquence.</p>

Discussion

A. Résumé des principaux résultats obtenus

L'accompagnement en ETP de l'obésité chez l'adulte requiert l'alliance d'une activité physique adaptée, d'un suivi diététique et d'interventions psychologiques. Ces trois axes semblent être indispensables à la réussite des objectifs fixés sur la perte de poids et de permettre un maintien de ce poids par la suite. Il a été décrit que seuls 12,8% des médecins généralistes associaient les 3 axes à leur prise en charge (25).

De plus, une prise en charge optimale devra reposer sur une alliance thérapeutique entre le patient, le médecin généraliste et l'ensemble des professionnels de santé de premiers recours du secteur, impliqués dans le traitement de l'obésité. Ces données concordent grandement avec la prise en charge de l'obésité proposée dans les recommandations de 2011 par la HAS. Elle déclarait dans ses recommandations : *“Un patient en excès de poids nécessite une éducation diététique, des conseils d'activité physique, une approche psychologique et un suivi médical”* (7).

En revanche, les données des études recueillies lors de notre revue s'opposent à l'idée de la HAS selon laquelle l'obésité peut être accompagnée efficacement uniquement par le médecin généraliste dans un premier temps. En effet, la HAS signalait que *“le médecin généraliste prend en charge le patient. Il envisagera l'aide d'un professionnel de santé en deuxième recours en cas :- de récurrence après plusieurs régimes ou d'échec de la prise en charge de premier recours [...] - d'IMC > 35 kg/m² avec comorbidité et IMC ≥ 40 kg/m² [...]”*. Quand bien même les patients valoriseraient grandement l'implication de leur médecin traitant dans leur prise en charge (36), la relation médecin-patient étant susceptible d'être une ressource à exploiter pour un changement de mode de vie à long terme, cette seule prise en charge ne semble pas être suffisante. Dans une étude américaine de 2013 mesurant l'impact d'un entraînement des MG sur la perte de poids de leurs patients, il a été conclu que les conseils d'un médecin généraliste seuls ne permettent pas d'obtenir des résultats dans l'état actuel des choses (28). Ce sont bien aujourd'hui les principes de pluridisciplinarité et de pluriprofessionnalité qui semblent s'imposer comme la référence. L'objectif est celui d'un

exercice coordonné au sein d'une même équipe de soignants exerçant en ambulatoire et permettant à chacun de mettre ses compétences à la disposition du patient, en conservant pour le médecin traitant son rôle de dépistage, de coordination et de synthèse au cours du suivi. Pour évaluer la mise en place d'un tel accompagnement pluridisciplinaire, une expérimentation a débuté en novembre 2021 dans les régions Hauts-de-France, Ile-de-France et la région Centre-Val de Loire appelée GPS-O (Gestion de Parcours de Santé dans l'Obésité). Ainsi, 30 équipes de professionnels de santé de proximité formées de médecins, diététiciens, psychologues, IPA vont prendre en charge de manière coordonnée des patients obèses, sans surcoût pour les patients dans un double objectif : améliorer la santé et la qualité de vie des patients tout en offrant aux professionnels de santé les conditions d'un accompagnement efficace (47,48). Les retombées de cette intervention pourraient conduire, à terme, à la création de réseau de soins standardisés dans différentes régions de France.

Au cours de cette revue, de nombreux articles ont mis en avant le déficit de formation des médecins et professionnels de santé pour la gestion de l'obésité, ce qui limite une prise en charge adaptée en soins de premiers recours (25,35,40,49).

Les professionnels de santé de premiers recours étant en première ligne dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte, leur formation semble primordiale dans ce domaine.

Alors que près de 80% des médecins estiment qu'ils sont responsables de la prise en charge de l'obésité, seulement la moitié a déjà suivi une formation complémentaire (17) et une majorité d'entre eux (57%) déclare se sentir peu efficace et insuffisamment formée pour cette mission (17,40). Pourtant, il a déjà été rapporté qu'une formation préalable améliore grandement l'efficacité de la prise en charge avec des patients qui perdent plus de poids si leur médecin s'est formé en éducation thérapeutique dans le cadre de l'obésité (28).

Ce manque de formation peut avoir un impact négatif sur la prise en charge. Par exemple, lors du bilan initial, il a été observé que 64% des médecins généralistes fixent un objectif de perte de poids plus élevé que celui recommandé, ce qui représente une perte de chance majeure pour le patient (17). Ce problème n'est pas uniquement français. Dans une étude réalisée aux Etats-Unis en 2009 par une équipe de chercheurs de la New York University School of Medicine, 40% des médecins généralistes déclaraient ne pas se sentir compétents pour aider les patients à fixer des objectifs de perte de poids réalistes ni pour fournir de brefs conseils pour aider les patients à perdre du poids (29).

Bien heureusement, ce manque de compétence s'associe dans la majorité des cas à un désir de formation sur la prise en charge des patients obèses (35,40,49). Cette problématique a bien été prise en compte par les instances de santé puisqu'elle était déjà soulignée dans la note de cadrage sur le parcours de l'obésité de la HAS datant de février 2020 (50). Parallèlement, une feuille de route a été publiée en mars 2021 afin d'améliorer l'accompagnement de ces patients et l'une des mesures majeures retenues consiste à l'amélioration de la formation des différents professionnels intervenants (51). Cette formation sera centrée *“sur les représentations sociales, sur les causes et conséquences de la prise de poids, sur les différentes facettes de la prise en charge, le travail en équipe et l'évaluation des pratiques”*.

Si le perfectionnement de la formation permettra de conforter les médecins dans leurs actions, elle ne résolvera pas à elle seule la question de l'obésité. En effet, une étude menée en Angleterre en 2016 (34) sur l'efficacité d'une formation “sur mesure” des MG n'a pas montré de résultats probants concernant la prise en charge des patients concernés, ces consultations étant noyées dans toutes les autres missions que sont celles de tout MG au quotidien. La bonne formation des professionnels de santé ne sera utile que si elle est associée à une nouvelle organisation des soins, en accentuant la pluri-professionnalité et en standardisant le parcours de soin, ce qui fait écho aux objectifs de la feuille de route de la HAS.

En plus du manque de formation, plusieurs freins empêchent les médecins de proposer une prise en charge en éducation thérapeutique à leurs patients.

Le manque de temps à consacrer à la prise charge de l'obésité est le principal frein évoqué. En effet, la multiplication des missions du médecin généraliste limite son implication dans cette prise en charge (34) Par ailleurs, il existe une forme de résignation, d'abandon des patients, les médecins ne proposant pas un suivi par peur de l'échec de leur intervention et la question du poids étant souvent difficile à aborder lors des consultations (35).

Concernant les patients, plusieurs freins limitent la bonne observance de la prise en charge.

Tout d'abord, une prise en charge complète demande un investissement en termes de temps pour les patients. Dans plusieurs études, les patients n'ayant pas complété les programmes d'ETP mettaient en avant le manque de temps à accorder à leur soins (21,39).

De plus, le recours à des professionnels de santé tiers (psychologue, diététiciens) représente un coût financier pour les patients ce qui peut être un frein à une prise en charge optimale, pluridisciplinaire (40).

C'est dans ce cadre que la recherche d'outils d'aide à la prise en charge de l'obésité déjà utilisés ou en cours de développement nous paraissait pertinente. Finalement, nous n'en avons retrouvé que très peu.

Cependant, l'un de ces programmes a retenu notre attention. Il s'agit du "5As" , outil canadien d'aide à la conduite d'une consultation d'éducation thérapeutique. Les 5As sont un cadre pour enseigner et stimuler le changement comportemental des patients, principalement utilisé dans les pays anglophones (Canada, Australie, USA, UK). Ce modèle, initialement prévu pour le sevrage tabagique, a par la suite été adapté à l'accompagnement des personnes obèses (52). L'intérêt de cet outil réside dans son assimilation des grands principes retrouvés dans notre étude pour le bon accompagnement des patients obèses. Partant de cela, une équipe, la 5As'team a pu créer différents outils, sous forme de plaquettes d'informations, pour assister les professionnels de santé impliqués lors des consultations. Ces différentes plaquettes abordent les principaux sujets de manière synthétique et facilement compréhensible par les patients (33). Elles pourraient servir de base à un futur outil d'aide pour le médecin généraliste.

Mise en place d'un outil d'aide au suivi des patients adultes obèses

A l'issue de cette revue systématique de la littérature, nous avons décidé de résumer l'ensemble des résultats et des recommandations actuelles sous forme de critères qui nous semblaient indispensables à intégrer dans un outil à destination des professionnels de premier recours.

L'objectif secondaire était de réaliser une ronde Delphi afin de proposer ces critères à des experts de la prise en charge de l'obésité dans l'objectif de conceptualiser un outil d'aide aux professionnels engagés dans cet accompagnement.

A l'issue de cette ronde, avec l'aide des experts ayant accepté de participer à notre étude, nous avons pu formuler une liste de critères jugés comme indispensables à la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique en soins premiers.

Cette liste devait initialement nous permettre de proposer un outil d'aide à l'accompagnement de l'obésité dont la forme aurait pu être un site internet , une plaquette d'information ou un livret par exemple. Néanmoins, nous n'avons pu aboutir à la création de cet outil, mais nous proposons une liste de critères validés par des experts, pouvant servir de base à la réalisation future de ce dernier.

B. Forces et limites de notre étude

1. Revue systématique de la littérature

Concernant la méthode de notre étude, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en nous appuyant sur les recommandations PRISMA (10).

Les deux chercheurs ont reçu l'aide de leur directeur de thèse pour la confection des équations de recherche.

Evaluation de la qualité des études

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature qui répond aux critères de la grille AMSTAR (A Measurement Tool to Assess systematic Reviews), répondant ainsi aux critères d'une bonne revue systématique de la littérature d'un point de vue méthodologique.

Nous avons donc utilisé des grilles de lecture pour chaque article inclus dans la revue afin d'évaluer rapidement leur qualité méthodologique et ainsi savoir quelle importance donner à leurs résultats.

Nous avons interrogé les principales bases de données reconnues pour la qualité de leurs articles et leur exhaustivité.

De plus, nous avons mené notre recherche dans la littérature grise (information produite par toutes les instances du gouvernement, de l'enseignement et la recherche publique, du commerce et de l'industrie, sous format papier ou électronique, et qui n'est pas contrôlée par l'édition commerciale (53)) via le biais de SUDOC, qui nous a permis de trouver des thèses déjà réalisées par d'autres internes sur la prise en charge de l'obésité. Comparer nos résultats a permis de valider l'idée générale de souhait de prise en charge de premier recours mais de difficulté de mise en pratique.

Risque de biais

Notre équation de recherche a permis d'examiner de nombreux articles sur le sujet avec, au final, 22 études intégrées dans la revue systématique. Malgré une méthodologie rigoureuse, il est probable que certaines études aient été omises et n'aient, par conséquent, pas été incluses. Par ailleurs, nous avons exclu l'ensemble des articles qui n'étaient pas écrits en français ou en anglais ce qui peut constituer un biais de sélection. Nous avons aussi décidé de nous intéresser exclusivement aux études répondant à la structure IMRAD, ce qui a aussi exclu de nombreux articles de revues scientifiques, revues de presse et essais. Un biais de confirmation n'est également pas à exclure, suite à une mauvaise interprétation des références ou à la non exploitation de certaines données, jugées non pertinentes, à tort.

On ne peut guère ignorer non plus le risque que représente le biais de publication. En effet, les études présentant des résultats positifs et significatifs sont davantage susceptibles d'être publiées que celles dont les résultats sont négatifs ou nuls, ce qui a pour conséquence de fausser la perception globale du sujet même de la recherche menée et les conclusions qu'on pourrait en tirer.

Lors de notre revue systématique, peu d'outils d'aide à la prise en charge de l'obésité ont été retrouvés. Notre équation de recherche incluait les termes Mesh "primary care", "general practice", "general practitioners", "primary health care", ce qui ciblait directement les études en lien avec la prise en charge en soins premiers. Cette direction voulue nous a évité les articles en rapport avec une prise en charge spécialisée mais a possiblement éliminé des articles proposant des outils d'aide à la prise en charge que nous aurions pu exploiter dans notre revue.

Enfin, notre équation de recherche n'excluait pas les termes Mesh "Pediatric Obesity" ce qui a eu pour conséquence de retrouver beaucoup d'articles sur la prise en charge de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent, qui n'était pas notre population cible, augmentant considérablement le nombre d'articles à exclure par la suite. Cette quantité d'articles à trier a augmenté notre temps de travail et potentiellement accru le risque de biais de sélection.

2. Ronde Delphi

Afin d'obtenir rapidement un consensus d'expert sur une question donnée, nous avons deux possibilités : réaliser une ronde Delphi ou organiser un groupe nominal.

Nous avons choisi de réaliser une ronde Delphi avant tout pour les forces de cette méthode. Tout d'abord, contrairement au groupe nominal où les experts vont être réunis en présentiel, la ronde Delphi permet l'anonymat des experts et leur indépendance d'opinion. Elle permet d'éviter le biais lié au "leader d'opinion", plus présent en cas de groupe nominal. Elle est par ailleurs plus simple d'organisation, un simple questionnaire en ligne permettant à chacun de donner son point de vue (13).

Nous avons sélectionné nos experts en fonction de leurs connaissances concernant l'obésité ou la prise en charge en éducation thérapeutique. Cette force que représente leur expertise est un atout pour pouvoir extraire des données de cette revue et permettre de légitimer nos résultats. Notre panel d'experts comprenait des soignants de plusieurs départements et plusieurs disciplines ce qui permet de donner une pluridisciplinarité à nos critères et permettrait donc de proposer l'outil qui en découlerait à de multiples professions.

En revanche, la ronde Delphi peut être longue et fastidieuse si les réponses des experts ne parviennent pas à s'orienter dans un sens commun au gré des corrections.

De plus, la ronde Delphi permet d'obtenir un consensus ce qui ne signifie pas forcément que la conclusion est la plus cohérente. Par sa méthode, elle privilégie l'opinion majoritaire et exclut donc les extrêmes même si parfois leur opinion semble être la bonne.

Concernant la sélection des experts, nous pourrions reprocher à notre panel d'être limité en nombre. Nous n'avons pas trouvé de recommandation concernant le nombre de participants à intégrer à une ronde Delphi et avons donc décidé d'inclure au minimum 15 experts, de façon arbitraire. Bien que nous ayons contacté 27 experts, nous n'avons pas réussi à tous les inclure dans notre travail, malgré plusieurs relances. Cependant, nous avons réussi à conserver un taux de participation aux rondes supérieur à 70% ce qui permet une cohérence dans l'interprétation des résultats.

De même, nos experts exercent exclusivement en région Occitanie ce qui limite la validité externe de notre étude.

Enfin, l'anonymat qu'avaient les experts les uns envers les autres ne s'appliquait pas pour notre traitement des données, nous connaissions chaque expert, ainsi les résultats n'ont pas été

traités anonymement. Nous avons donc pu introduire un biais dans l'interprétation de certaines demandes de modification de nos critères et ainsi pu modifier la reformulation ou la validation de ces derniers.

Nous ne sommes pas parvenus à mettre en place un outil fonctionnel de prise en charge de l'obésité mais seulement une liste de critères, définissant les recommandations ayant fait consensus parmi nos experts, qu'il faudrait prendre en compte pour la confection de cet outil. Nous avons été principalement limités par le temps. En effet, la réalisation d'une revue systématique puis la mise en place de notre méthode Delphi a été plus long que nous le supposions au moment de la création de notre projet de thèse.

Conclusion

La prise en charge de l'obésité est une urgence de santé publique et sa prise en charge devrait être une mission réalisable par le réseau de professionnels de santé de premier recours.

Malgré les recommandations de bonnes pratiques de la HAS publiée en 2011, la prévalence de l'obésité en France reste en augmentation.

Les raisons de cet échec, en dehors d'un manque de temps, pourraient être liées à un manque de formation et d'accompagnement. Ainsi, la création d'un outil d'aide définissant les piliers de la prise en charge pourrait s'avérer utile.

Notre travail de thèse nous a permis de sélectionner, dans la littérature scientifique de ces vingt dernières années, une liste de critères à prendre en compte pour la prise en charge de patients obèses.

Ces critères ont été adressés à des professionnels de santé exerçant en Occitanie afin d'obtenir un consensus sur la bonne pratique à adopter pour la prise en charge de l'obésité chez l'adulte en soins premiers.

Nous avons ainsi pu établir une ébauche de plan de soins.

En résumé, la prise en charge devra être centrée sur le patient, permettant de proposer un suivi personnalisé, avec des objectifs accessibles, regroupant à la fois des conseils sur l'activité physique adaptée, la nutrition et une thérapie cognitivo-comportementale afin de modifier durablement des habitudes de vie délétères; si possible en s'inscrivant dans un protocole pluridisciplinaire coordonné par le médecin traitant.

A plus long terme, ce travail de thèse pourrait contribuer à la création d'un support pour les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge globale du patient et son orientation. Cela pourra faire l'objet d'un travail complémentaire.

Lu et approuvé
Toulouse le 28 Février 2022
Professeur Marie-Eve Rougé Bugat



Toulouse le 3 mars 2022

Au permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Rangueil
Elle SERRANO



Références bibliographiques

1. Odoxa. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. [En ligne]. 2021 [cité 29 déc 2021]. Disponible : <http://www.odoxa.fr/sondage/enquete-epidemiologique-nationale-sur-le-surpoids-et-lobesite/>
2. Ligue contre l'obésité. Forte progression de l'obésité en France en 2020. [En ligne]. 2021 [cité 29 déc 2021]. Disponible : <https://liguecontrelobesite.org/actualite/forte-progression-de-lobesite-en-france-en-2020/>
3. HAS. Promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé [en ligne]. 2018. [cité 14 févr 2022]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-e-physique-et-sportive-pour-la-sante
4. FFC. Les facteurs de risque cardiovasculaires. [En ligne]. 2016. [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.fedecardio.org/je-m-informe/les-facteurs-de-risque-cardiovasculaires/>
5. Direction générale du Trésor. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? [En ligne]. 2016. [cité 14 févr 2022]. Disponible : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2016/09/06/tresor-eco-n-179-obesite-quelles-consequenc-es-pour-l-economie-et-comment-les-limiter>
6. OECD. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. [En ligne]. 2019. [cité 14 févr 2022]. Disponible : <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>
7. HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. [En ligne]. 2012 [cité 16 janv 2022]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_adulte.pdf
8. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):50-4.
9. ScienceDirect. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. [En ligne]. 2014 [cité 6 févr 2022]. Disponible : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012314004318>
10. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie Rev.* 1 janv 2015;15(157):39-44.
11. Masson E. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés [En ligne]. 2010 [cité 6 févr 2022]. Disponible: <https://www.em-consulte.com/article/949711/traduction-francaise-des-lignes-directrices-consor>
12. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health. *Rev Epidemiol Sante Publique.* déc 2008;56(6):415-23.
13. Ekionea J-PB, Bernard P, Plaisent M. Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. :25.
14. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national nutrition santé (PNNS) - Professionnels - [En ligne]. 2019. [cité 13 févr 2022]. Disponible : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>
15. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* 2000;32(4):1008-15.
16. Melin I, Rössner S. Practical clinical behavioral treatment of obesity. *Patient Educ Couns.* 2003;49(1):75-83.
17. Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux J-C, Lussault P-Y, Basdevant A, Verger P. [Obesity management knowledge, attitudes and practices of general practitioners in southeastern France; results of a telephone survey]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 2005;34(11):769-75.

18. Nicholas L, Pond D, Roberts DCK. The effectiveness of nutrition counselling by Australian General Practitioners. *Eur J Clin Nutr.* août 2005;59 Suppl 1:S140-145; discussion S146.
19. McQuigg M, Brown J, Broom J, Laws RA, Reckless JPD, Noble PA, et al. Empowering primary care to tackle the obesity epidemic: the Counterweight Programme. *Eur J Clin Nutr.* août 2005;59 Suppl 1:S93-100; discussion S101.
20. Counterweight Project Team. Evaluation of the Counterweight Programme for obesity management in primary care: a starting point for continuous improvement. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 2008;58(553):548-54.
21. Ely AC, Banitt A, Befort C, Hou Q, Rhode PC, Grund C, et al. Kansas primary care weighs in: a pilot randomized trial of a chronic care model program for obesity in 3 rural Kansas primary care practices. *J Rural Health Off J Am Rural Health Assoc Natl Rural Health Care Assoc.* 2008;24(2):125-32.
22. Greiner KA, Born W, Hall S, Hou Q, Kimminau KS, Ahluwalia JS. Discussing Weight with Obese Primary Care Patients: Physician and Patient Perceptions. *J Gen Intern Med.* 2008;23(5):581-7.
23. Bogt NCW ter, Bemelmans WJE, Beltman FW, Broer J, Smit AJ, Meer K van der. Preventing Weight Gain: One-Year Results of a Randomized Lifestyle Intervention. *Am J Prev Med.* 2009;37(4):270-7.
24. Nanchahal K, Townsend J, Letley L, Haslam D, Wellings K, Haines A. Weight-management interventions in primary care: a pilot randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2009;59(562):e157-66.
25. Fayemendy P, Avodé Z, Pivois L. Prise en charge de l'obésité : quel est le niveau de formation des médecins généralistes du département de la Haute-Vienne et comment perçoivent-ils leur pratique ? *Cah Nutr Diététique.* 2011;(Vol.046/004):199-205.
26. Kumanyika S, Fassbender J, Phipps E, Tan-Torres S, Localio R, Morales KH, et al. Design, recruitment and start up of a primary care weight loss trial targeting African American and Hispanic adults. *Contemp Clin Trials.* 2011;32(2):215-24.
27. Kumanyika SK, Fassbender JE, Sarwer DB, Phipps E, Allison KC, Localio R, et al. One-year results of the Think Health! study of weight management in primary care practices. *Obes Silver Spring Md.* 2012;20(6):1249-57.
28. Jay MR, Gillespie CC, Schlair SL, Savarimuthu SM, Sherman SE, Zabar SR, et al. The impact of primary care resident physician training on patient weight loss at 12 months. *Obesity.* 2013;21(1):45-50.
29. Jay M, Kalet A, Ark T, McMacken M, Messito MJ, Richter R, et al. Physicians' attitudes about obesity and their associations with competency and specialty: A cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 24 juin 2009;9(1):106.
30. Barnes RD, White MA, Martino S, Grilo CM. A randomized controlled trial comparing scalable weight loss treatments in primary care. *Obesity.* 2014;22(12):2508-16.
31. Tol J, Swinkels IC, Bakker DH de, Seidell J, Veenhof C. Dietetic treatment lowers body mass index in overweight patients: an observational study in primary health care. *J Hum Nutr Diet.* 2014;27(5):426-33.
32. Faruqi N, Spooner C, Joshi C, Lloyd J, Dennis S, Stocks N, et al. Primary health care-level interventions targeting health literacy and their effect on weight loss: a systematic review. *BMC Obes.* 2015;2:6.
33. Osunlana AM, Asselin J, Anderson R, Ogunleye AA, Cave A, Sharma AM, et al. 5As Team obesity intervention in primary care: development and evaluation of shared decision-making weight management tools. *Clin Obes.* août 2015;5(4):219-25.
34. Goodfellow J, Agarwal S, Harrad F, Shepherd D, Morris T, Ring A, et al. Cluster randomised trial of a tailored intervention to improve the management of overweight and obesity in primary care in England. *Implement Sci.* 2016;11(1):77.
35. Morin B, Jésus P, Fayemendy P, Desport J-C. Intérêt d'outils d'autoformation portant sur l'excès de poids en médecine générale. *Cah Nutr Diététique.* 2017;52(4):175-80.

36. Sturgiss EA, Elmitt N, Haesler E, van Weel C, Douglas K. Feasibility and acceptability of a physician-delivered weight management program. *Fam Pract.* 1 févr 2017;34(1):43-8.
37. Schaffer S. Impact d'un programme ambulatoire d'éducation thérapeutique des patients obèses [En ligne]. [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille Université; 2018 [cité 22 janv 2022]. Disponible : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02042141/document>
38. Skender ML, Goodrick GK, Del Junco DJ, Reeves RS, Darnell L, Gotto AM, et al. Comparison of 2-year weight loss trends in behavioral treatments of obesity: diet, exercise, and combination interventions. *J Am Diet Assoc.* avr 1996;96(4):342-6.
39. Skilton N. Participant perspectives of a 6-month telephone-based lifestyle coaching program | PHRP. 2018.
40. Mazza D, McCarthy E, Carey M, Turner L, Harris M. « 90% of the time, it's not just weight »: General practitioner and practice staff perspectives regarding the barriers and enablers to obesity guideline implementation. *Obes Res Clin Pract.* 2019;13(4):398-403.
41. Rueda-Clausen CF, Benterud E, Bond T, Olszowka R, Vallis MT, Sharma AM. Effect of implementing the 5As of Obesity Management framework on provider-patient interactions in primary care. *Clin Obes.* 2014;4(1):39-44.
42. Maryon-Davis A. Weight management in primary care: how can it be made more effective? *Proc Nutr Soc.* févr 2005;64(1):97-103.
43. Christakoudi S, Tsilidis KK, Muller DC, Freisling H, Weiderpass E, Overvad K, et al. A Body Shape Index (ABSI) achieves better mortality risk stratification than alternative indices of abdominal obesity: results from a large European cohort. *Sci Rep.* 3 sept 2020;10:14541.
44. Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, Manore MM, Rankin JW, Smith BK. Appropriate Physical Activity Intervention Strategies for Weight Loss and Prevention of Weight Regain for Adults. *Med Sci Sports Exerc.* févr 2009;41(2):459-71.
45. Kim B-Y, Choi D-H, Jung C-H, Kang S-K, Mok J-O, Kim C-H. Obesity and Physical Activity. *J Obes Metab Syndr.* mars 2017;26(1):15-22.
46. Rajan TM, Menon V. Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. *J Postgrad Med.* 7 janv 2017;63(3):182.
47. GPS obésité. Un parcours médico-éducatif à destination des personnes obèses et en surpoids. [Internet]. 2022 [cité 13 févr 2022]. Disponible : <https://www.gps-obesite.fr/>
48. CPTS Centre-Val de Loire. Surpoids et obésité : Lancement du projet GPSO en région. [En ligne]. 2022 [cité 13 févr 2022]. Disponible : <https://www.cpts-centrevaldeloire.fr/actualites/surpoids-et-obesite-lancement-du-projet-gpso-en-region>
49. Bocquier A, Paraponaris A, Gourheux J-C, Lussault P-Y, Basdevant A, Verger P. La prise en charge de l'obésité: Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA ; résultats d'une enquête téléphonique. *Presse Médicale.* 1 juin 2005;34(11):769-75.
50. HAS. Note de cadrage obésité. [En ligne]. 2020 [cité 13 févr 2022]. Disponible : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/note_de_cadrage_obesite.pdf
51. Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route 2019-2022. [En ligne]. 2019 [cité 29 janv 2022]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/feuille-de-route-2019-2022>
52. Sturgiss E, van Weel C. Le cadre des 5 A pour la prise en charge de l'obésité. *Can Fam Physician.* juill 2017;63(7):e330-2.
53. Schöpfel J. Understanding grey literature. *I2D - Inf Donnees Doc.* 3 avr 2015;52(1):30-2.
54. Dick JJ. Weight loss interventions for adult obesity: evidence for practice. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2004;1(4):209-14.

Annexes

Annexe 1. Exemples de grilles de lecture utilisées

GRILLE CONSORT TRADUITE
lignes directrices pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés
[\(<https://rees-france.com/wp-content/uploads/2016/09/2015-KINE-Consort.pdf>\)](https://rees-france.com/wp-content/uploads/2016/09/2015-KINE-Consort.pdf)

N° - Item	Définition	Article n° 18: OUI(X) / NON
TITRE ET RESUME		
1 - A	Identification en tant qu' "essai randomisé" dans le titre	X
1 - B	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions	X
INTRODUCTION		
Contexte et objectifs		
2 - A	Contexte scientifique et explication du bien-fondé	X
2 - B	Objectifs spécifiques et hypothèses	X
MÉTHODES		
Plan de l'essai		
3 - A	Description du plan de l'essai (tel que : groupes parallèles, plan factoriel) en incluant les ratios d'allocation	x
3 - B	Changements importants de méthode après le début de l'essai (tel que les critères d'éligibilité), en expliquer la raison	
Participants		
4 - A	Critères d'éligibilité des participants	x
4 - B	Structures et lieux de recueil des données	x
Interventions		
5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites	x
Critères de jugement		
6 - A	Critères "a priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués	X

6 - B	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison	
Taille de l'échantillon		
7 - A	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ?	
7 - B	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt	
RANDOMISATION		
Production de la séquence		
8 - A	Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort	X
8 - B	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction (comme par ex. : par blocs, avec la taille des blocs)	X
Mécanisme d'assignation secrète		
9	Mécanisme utilisé pour mettre en œuvre la séquence d'allocation randomisée (comme par exemple l'utilisation d'enveloppes numérotées séquentiellement), en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions.	X
Mise en oeuvre		
10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes	X
Aveugle		
11 - A	Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions (par exemple, les participants, les administrateurs de traitement, ceux qui évaluent les résultats) et comment ont ils été empêchés de savoir	
11 - B	Si approprié, description de la similitude des interventions	
Méthodes statistiques		
12 - A	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires	X
12 - B	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous groupes ou des analyses ajustées	
RÉSULTATS		
Flux des participants		
13 - A	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal	X
13 - B	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons	X
Recrutement		
14 - A	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi	
14 - B	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu	

Données initiales		
15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe	X
Effectifs analysés		
16	Nombre de participants (dénominateur) inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine	X
Critères de jugement et estimations		
17 - A	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (comme par ex. : intervalle de confiance à 95 %)	X
17 - B	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée	
Analyses accessoires		
18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupes et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires	
Risques		
19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe	
DISCUSSION		
Limitations		
20	Limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses	X
“Generabilisité”		
21	validité externe, applicabilité des résultats de l'essai	X
Interprétation		
22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfiques/ risques et de possibles autres faits pertinents	X
INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES		
Enregistrement		
23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé	
Protocole		
24	Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible	X
Financement		
25	Sources de financement et autres ressources (par ex. : fourniture de médicaments), rôle des donateurs	X

TOTAL		24/37
--------------	--	-------

GRILLE STROBE TRADUITE

liste de contrôle des éléments qui doivent être inclus dans les rapports d'études observationnelles

<https://rees-france.com/wp-content/uploads/2016/09/2015-KINE-STROBE-Fr.pdf>

f)

N° - Item	Définition	Article n° 19 : OUI(X) / NON
TITRE /		
RÉSUMÉ		
1- A	Indiquer le type de l'étude, dans le titre ou le résumé, à l'aide d'une terminologie couramment utilisée	
1- B	Dans le résumé, fournir un sommaire informatif et représentatif des démarches effectuées et des résultats	X
INTRODUCTION		
2 - Contexte	Présenter le contexte scientifique et la justification de l'étude	X
3 - Objectifs	Indiquer les objectifs spécifiques, en incluant les hypothèses initiales	X
MÉTHODE		
4 - Conception de l'étude	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude au début de l'article.	X
5 - Contexte	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, en incluant les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de collecte de données	X
6 - A Population (COHORTE)	Indiquer les critères d'éligibilité ainsi que les sources et les méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi.	
6 - A Population (CAS TÉMOIN)	Indiquer les critères d'éligibilité ainsi que les sources et les méthodes de vérification des cas et de sélection des témoins. Justifier le choix des cas et des témoins.	
6 - A Population (TRANSVERSALE)	Indiquer les critères d'éligibilité ainsi que les sources et les méthodes de sélection des sujets	X
6 - B Population (COHORTE)	Pour les études de groupes appariés, indiquer les critères d'appariement et le nombre de participants exposés et non exposés.	
6 - B Population (CAS TÉMOIN)	Indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins pour chaque cas	
7 - Variables	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant	X
8 - Sources/ Mesures	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe	X
9 - Biais	Décrire toute action pour prendre en compte les biais possibles.	
10 - Taille échantillon	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure	

11 - Variables quantitatives	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi	X
12 - A Analyses statistiques	Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion	X
12 - B Analyses statistiques	Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions	
12 - C Analyses statistiques	Expliquer comment les données manquantes ont été prises en compte.	X
12 - D Analyses statistiques (COHORTE)	Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités	
12 - D Analyses statistiques (CAS TÉMOIN)	Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé	
12 - D Analyses statistiques (TRANSVERSALE)	Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage	
12 - E Analyses statistiques	Décrire toutes les analyses de sensibilité	
RÉSULTATS		
13 - A Population	Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude	X
13 - B Population	Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape	X
13 - C Population	Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux	
14 - A Données	Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels	X
14 - B Données	Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt	X
14 - C Données (COHORTE)	Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)	
15 - Données obtenues (COHORTE)	Rapporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps	
15 - Données obtenues (CAS TÉMOIN)	Rapporter le nombre de participants dans chacune des catégories d'exposition, ou les mesures sommaires d'exposition	
15 - Données obtenues (TRANSVERSALE)	Rapporter le nombre d'occurrences du phénomène à l'étude ou des mesures sommaires.	X
16 - A Principaux résultats	Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus	X
16 - B Principaux résultats	Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées	
16 - C Principaux résultats	Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une	

résultats	période de temps (cliniquement) interprétable	
17 - Autres analyses	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité	
DISCUSSION		
18 - Résultats clés	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude	X
19 - Limites	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel	X
20 - Interprétation	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent	X
21 - "Généralisation"	Discuter de la possibilité de généraliser les résultats de l'étude (validité externe).	X
AUTRES		
22 - Financement	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté	X
TOTAL		22/34

GRILLE COREQ TRADUITE

lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative

(https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utiles_pour_recherche/crite_res_COREQ.pdf)

N° - Item	Définition	Article n° 22 : OUI(X) / NON
EQUIPE DE RECHERCHE ET DE RÉFLEXION		
Caractéristiques personnelles		
1 - Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	
2 - Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	
3 - Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	
4 - Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	
5 - Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	
Relations avec les participants		
6 - Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	
7 - Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	
8 - Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	
CONCEPTION DE L'ÉTUDE		
Cadre théorique		
9 - Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	X
Sélection des participants		
10 - Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	X
11 - Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	X
12 - Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	X
13 - Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	X

Contexte		
14 - Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	X
15 - Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	
16 - Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	X
Recueil des données		
17 - Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	
18 - Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	X
19 - Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	X
20 - Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	X
21 - Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	X
22 - Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	X
23 - Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	
ANALYSE ET RÉSULTATS		
Analyse des données		
24 - Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	
25 - Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	
26 - Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	X
27 - Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	X
28 - Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	
Rédaction		
29 - Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	X
30 - Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	X
31 - Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	X
32 - Clarté des thèmes	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	X

secondaires		
		18/32

GRILLE PRISMA TRADUITE

lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses

<https://rees-france.com/wp-content/uploads/2016/09/2015-KINE-Prisma.pdf>

N° - Item	Définition	Article n° 16 : OUI(X) / NON
TITRE RÉSUMÉ /		
1 - Titre	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.	X
2 - Résumé	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.	X
INTRODUCTION		
3 - Contexte	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	X
4 - Objectifs	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (PICOSa).	X
MÉTHODE		
5 - Protocole et enregistrement	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où (par exemple, l'adresse web), et, le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.	
6 - Critères d'éligibilité	Spécifier les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée de suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langues, statuts de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix	X
7 - Sources d'information	Décrire toutes les sources d'information (par exemple : bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) de recherche et la date de la dernière recherche	X
8 - Recherche	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	X
9 - Sélection des études	Indiquer le processus de sélection des études (c.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique, et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse).	X
10 - Extraction des données	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports (par exemple : formulaires pré-établis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs.	X
11 - Données	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple : PICOS, sources de financement) et les suppositions et simplifications réalisées.	X
12 - Risque de biais inhérent à chacune des études	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (en spécifiant si celui-ci se situe au niveau de l'étude ou du résultat), et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.	
13 - Quantification des résultats	Indiquer les principales métriques de quantification des résultats (par exemple : risk ratio, différence entre les moyennes).	

14 - Synthèse des résultats	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité pour chaque méta-analyse	
15 - Risque de biais transversal aux études	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (par exemple : biais de publication, rapport sélectif au sein des études).	
16 - Analyses complémentaires	Décrire les méthodes des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression), si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues a priori.	
RÉSULTATS		
17 - Sélection des études	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec les raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.	X
18 - Caractéristiques des études sélectionnées	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites (par exemple : taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournir les références	X
19 - Risque de biais relatif aux études	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats (voir item 12).	
20 - Résultats de chaque étude	Pour tous les résultats considérés (positifs ou négatifs), présenter, pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; (b) les amplitudes d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt (forest plot).	X
21 - Synthèse des résultats	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.	
22 - Risque de biais transversal aux études	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études (voir item 15).	
23 - Analyse complémentaire	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression [voir item 16]).	
DISCUSSION		
24 - Synthèse des niveaux de preuve	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun des principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés (par exemple : établissements ou professionnels de santé, usagers et décideurs).	X
25 - Limites	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats (par exemple : risque de biais), ainsi qu'au niveau de la revue (par exemple : récupération incomplète de travaux identifiés, biais de notification)	X
26 - Conclusions	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	X
AUTRES		
27 - Financement	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide (par exemple : fourniture de données) ; rôle des financeurs pour la revue systématique.	X
TOTAL		17/27

Annexe 2. Conversation téléphonique type de prise de contact avec les experts.

Conversation téléphonique/prise de contact :

Pour le secrétariat :

Bonjour, Florian Bahon/Pierre Ferrand, je suis interne en Médecine générale .

Je souhaiterais demander a Me X / Mr Y s'il/elle serait intéressé(e) pour participer à mon projet de thèse.

→ Pourrais-je lui parler SVP ?

Non.

→ Pourriez-vous lui laisser mes coordonnées pour qu'il/elle me rappelle, s'il vous plaît ?

Oui.

→ En quoi consiste la thèse ?

Je cherche à constituer un panel d'experts afin de participer à la création d'un outil de prise en charge des patient(e)s obèses en médecine générale.

Pour les potentiels experts :

Bonjour, Florian Bahon/Pierre Ferrand, je suis interne en Médecine générale.

Je me permets de vous contacter pour savoir si vous seriez intéressé/e pour participer à la thèse que nous réalisons avec mon co-interne.

→ Auriez-vous 1 minute à m'accorder ?

NON : Pas de problème.

→ Quand puis-je vous rappeler pour vous expliquer l'objectif de ma thèse ?

→ Préférez-vous que je vous laisse mes coordonnées pour que vous me rappeliez quand vous aurez plus de temps ? Ou bien sinon cela peut aussi se faire par mail ?

OUI : Notre but est de constituer un panel d'experts afin de participer à la création d'un outil de prise en charge des patient(e)s obèses en médecine générale via la méthode de la ronde delphi.

→ Seriez-vous d'accord pour participer ?

NON

→ Pourriez-vous me dire pourquoi vous ne souhaitez pas participer ?

OUI

Toute l'étude se déroule par internet via l'utilisation d'un questionnaire en ligne : vous pouvez fournir une adresse mail personnelle ou professionnelle selon votre préférence.

La réponse au questionnaire prendra grand maximum 15-20 minutes et ensuite la réponse aux 2 questionnaires suivants prendra 5-10 minutes.

→ Est-ce que je vous inclus dans le panel ?

Je ne suis pas un expert.

Ce qui nous intéresse, c'est de connaître l'avis de différents professionnels de santé qui sont confrontés chaque jour à ces patients.

Nous ne cherchons pas des « experts » à proprement parler mais nous cherchons à recueillir votre expérience personnelle lors de votre pratique quotidienne afin d'avoir des points de vue différents et d'adapter au mieux les conseils à donner aux parents.

→ Combien de temps cela va durer ?

Vous recevrez en tout 4 mails : un pour la présentation et 3 pour les rondes. Vous aurez un mail de compte rendu personnalisé après chaque ronde.

La durée de la thèse dépendra du temps que chaque professionnel mettra à répondre.

Il est possible qu'une autre ronde soit nécessaire si le panel a des difficultés à s'accorder sur un consensus.

Si acceptation :

Je vais prendre votre adresse mail, je vous enverrai le premier mail ou tout sera expliqué.
Mais si vous avez des questions, surtout n'hésitez pas à m'appeler ou à me contacter par mail.
Pourriez-vous m'envoyer, par retour de mail, une confirmation de réception pour être sûre que
j'ai noté la bonne adresse, sans erreur de frappe, SVP ?

Merci beaucoup de votre aide.

Bonne journée.

Annexe 3. Mail explicatif après acceptation

Bonjour,

Tout d'abord, nous tenons à vous remercier très chaleureusement d'avoir accepté de participer à notre travail de thèse.

Vous faites donc partie de notre panel d'experts qui comprend : des médecins généralistes, des infirmières ASALEE, des médecins endocrinologues, des diététiciens, des psychologues ou encore des professeurs d'activité physique adaptée.

L'objectif principal de notre thèse est d'obtenir un consensus concernant les différents critères utiles à la prise en charge des patients obèses en soins premiers en éducation thérapeutique.

L'objectif secondaire est de créer un outil à l'aide des vos réponses à la ronde Delphi afin d'améliorer la prise en charge de l'obésité en soins premiers.

Pour cela, nous vous enverrons les mails sous l'intitulé "*PROJET DE THESE : "Traitement de l'obésité : Élaboration d'un outil d'aide au suivi des patients obèses traités par éducation thérapeutique en soins de premier recours."* afin de les rendre plus visibles parmi vos autres mails.

Méthode de consensus via l'utilisation d'une ronde Delphi :

Nous allons tenter de déterminer ces critères selon la méthode des rondes Delphi : cette méthode de recherche qualitative repose sur le fait qu'un jugement de groupe est plus valide qu'un jugement individuel. Elle permet d'obtenir un avis final unique et convergent d'un groupe d'experts : un consensus.

Nous vous présenterons une liste de critères que vous devrez noter.

Pour cela, vous attribuerez à chacun des critères que nous avons relevés dans la littérature, **une note allant de 1** (signifiant que pour vous l'item est non important) **à 9** (signifiant que

pour vous l'item est très important). Cette notation se fera par l'intermédiaire d'un questionnaire de type Google Form.

Vous aurez la possibilité de commenter chaque item, et de nous apporter vos suggestions concernant leur correction.

Si un critère obtient un accord/consensus, il sera retiré du questionnaire lors de la ronde suivante et validé.

Accord ≥ 80 % de notes ≥ 7

Consensus ≥ 80 % de notes ≥ 7 et absence de demande de modification du conseil.

Si un critère obtient un désaccord, il sera retiré du questionnaire et annulé.

Désaccord ≥ 80 % de notes ≤ 3

A chaque ronde, chaque membre recevra ses résultats par rapport à ceux du groupe et la synthèse anonymisée des commentaires effectués lors de la ronde précédente.

Nous attirons votre attention sur le fait que plus vos réponses seront rapides, plus tôt la ronde suivante pourra être débutée et plus vite l'enquête sera close.

Votre participation à l'obtention de ce consensus nous permettra de mettre en place un outil pour améliorer la prise en charge de ces patients, améliorer la coordination inter-professionnel et, nous l'espérons, être plus efficaces face à ce fléau.

Merci encore de contribuer à ce travail et merci par avance de répondre à ce mail pour valider votre adresse e-mail.

L'enquête débutera dans quelques semaines.

Nous restons à votre disposition pour toutes précisions complémentaires.

Avec toute notre gratitude,

Bien cordialement,

BAHON Florian

06 98 87 70 93

bahon.florian@gmail.com

FERRAND Pierre

06 66 01 03 94

piferand@gmail.com

Annexe 4. Tableau des articles exclus

Article	Année	Motif d'exclusion de l'article
Dick JJ. Weight loss interventions for adult obesity: evidence for practice. <i>Worldviews Evid Based Nurs.</i> 2004;1(4):209-14. (54)	2004	Texte non obtenu
Maryon-Davis, Alan. « Weight Management in Primary Care: How Can It Be Made More Effective? » <i>The Proceedings of the Nutrition Society</i> 64, n° 1 (février 2005): 97-103.	2005	Structure non IMRAD / Article de revue
Thompson, Elizabeth. « Brief Intervention for Weight Management—PART II ». <i>Professional Case Management</i> 11, n° 6 (décembre 2006): 327–330.	2006	Structure non IMRAD / Article de revue.
Muckle, Sarah. « An Evaluation of a Primary Care-Based Weight Management Initiative ». <i>Community Practitioner: The Journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association</i> 80, n° 7 (juillet 2007): 20-23.	2007	Texte non obtenu
Grief, Samuel N., et Kathleen S. Talamayan. « Preventing Obesity in the Primary Care Setting ». <i>Primary Care: Clinics in Office Practice, Wellness and Prevention</i> , 35, n° 4 (1 décembre 2008): 625-43.	2008	Structure non IMRAD / Article de revue
“Changer pour mieux être” : évaluation du programme, des attentes et des besoins des médecins généralistes dans le parcours de soins du patient obèse en ambulatoire	2008	Objectif inadapté
Fransen, G. a. J., G. J. Hiddink, M. A. Koelen, S. J. van Dis, A. J. M. Drenthen, J. J. van Binsbergen, et C. M. J. van Woerkum. « The Development of a Minimal Intervention Strategy to Address Overweight and Obesity in Adult Primary Care Patients in The Netherlands ». <i>Family Practice</i> 25 Suppl 1 (décembre 2008): i112-115.	2008	Etude de faisabilité / structure non IMRAD
Prise en charge du surpoids chez l'adulte en médecine générale : enjeux et difficultés, 2011.	2011	Texte non obtenu
Carvajal, Raymond, Thomas A. Wadden, Adam G. Tsai, Katherine Peck, et Caroline H. Moran. « Managing Obesity in Primary Care Practice: A Narrative Review ». <i>Annals of the New York Academy of Sciences</i> 1281 (avril 2013): 191-206.	2013	Revue narrative / structure non IMRAD

Practitioners, The Royal Australian College of General. « RACGP - Obesity – Recommendations for Management in General Practice and Beyond ». Consulté le 30 mai 2020.	2013	Structure non IMRAD / Article de revue
Évaluation d'un outil d'éducation thérapeutique chez des patients en préparation à une chirurgie bariatrique au CHRU de Lille, 2014.	2014	Objectif inadapté
Fitzpatrick, Stephanie L., Danielle Wischenka, Bradley M. Appelhans, Lori Pbert, Monica Wang, Dawn K. Wilson, et Sherry L. Pagoto. « An Evidence-Based Guide for Obesity Treatment in Primary Care ». <i>The American Journal of Medicine</i> 129, n° 1 (1 janvier 2016): 115.e1-115.e7.	2016	Structure non IMRAD / Article de revue
McRobbie, Hayden, Peter Hajek, Sarrah Peerbux, Brennan C. Kahan, Sandra Eldridge, Dominic Trépel, Steve Parrott, Chris Griffiths, Sarah Snuggs, et Katie Myers Smith. « Tackling Obesity in Areas of High Social Deprivation: Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of a Task-Based Weight Management Group Programme - a Randomised Controlled Trial and Economic Evaluation ». <i>Health Technology Assessment (Winchester, England)</i> 20, n° 79 (2016): 1-150.	2016	Structure non IMRAD / Article de revue
Gudzune, Kimberly. « Dietary and Behavioral Approaches in the Management of Obesity ». <i>Gastroenterology Clinics of North America</i> 45, n° 4 (2016): 653-61.	2016	Structure non IMRAD / article de journal
Malaterre S. Description des programmes ambulatoires d'éducation thérapeutique du patient portés par des professionnels en soins premiers en France en 2016 [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 28 févr 2020]	2016	Objectif inadapté
Education thérapeutique de la personne en situation d'obésité: quel effet selon les patients?, 2016.	2016	Objectif inadapté
« The Role of Behavioral Medicine in the Treatment of Obesity in Primary Care - PubMed ». Consulté le 21 mai 2020.	2017	Structure non IMRAD / Article de revue
“Changer pour mieux être” : un programme d'éducation thérapeutique délivré dans les centres sociaux : résultats à moyen terme	2017	Texte non obtenu
Tsai AG, Remmert JE, Butryn ML, Wadden TA. “Treatment of Obesity in Primary Care”. <i>Med Clin North Am.</i> 1 janv 2018;102(1):35-47.	2018	Structure non IMRAD / Article de revue

<p>Severin, Richard, Ahmad Sabbahi, Abeer M. Mahmoud, Ross Arena, et Shane A. Phillips. « Precision Medicine in Weight Loss and Healthy Living ». <i>Progress in Cardiovascular Diseases</i> 62, n° 1 (février 2019): 15-20.</p>	<p>2019</p>	<p>Structure non IMRAD / Article de revue</p>
---	-------------	---

Annexe 5. Résultats de la 1ere ronde.

CRITÈRE INITIAL	CRITÈRE APRÈS CORRECTION	POURCENTAGE DE NOTES ≤ 3 (DÉSACCORD > 80%)	POURCENTAGE DE NOTES ≥ 7 (ACCORD > 80%)	POURCENTAGE DE NOTES ≥ 7 sans commentaire (CONSENSUS > 80%)	MÉDIANE
Critère n°1 - Avant toute prise en charge, il faut demander au patient s'il souhaite aborder la question de son surpoids/obésité.	Critère 1 - Avant toute prise en charge, il est essentiel d'exposer au patient les complications liées au surpoids/obésité, puis lui demander s'il souhaite aborder ce problème.	14%	79%	43%	8
Critère n°2 - Avant toute prise en charge, la motivation du patient sera évaluée (à l'aide du modèle de Prochaska et Di Clemente ou avec un autre modèle).	Critère n°2 - Afin d'adapter la prise en charge, la motivation du patient sera évaluée (par exemple : avec l'aide du modèle de Prochaska et Di Clemente, ou d'un autre modèle).	0%	93%	78%	9
Critère n° 3 - Les patients présentant une obésité compliquée de pathologies chroniques sévères (insuffisance cardiaque, syndrome dépressif sévère, diabète compliqué..) ou femme enceinte obèse ne relèvent pas d'une prise en charge en soins premiers. (utilisation du score EOSS - Edmonton Obesity Staging System supérieur à 2 par exemple).	Critère n°3 - Les patients présentant une obésité compliquée de pathologies chroniques sévères (insuffisance cardiaque, syndrome dépressif sévère, diabète compliqué..) ou femme enceinte obèse nécessitent d'emblée un avis spécialisé en parallèle de la prise en charge en soins premiers. (utilisation du score EOSS - Edmonton Obesity Staging System supérieur à 2 par exemple pour identifier ces patients à risque).	57%	21%	7%	3

Critère n°4 - Il faut débiter l'entretien par une évaluation des connaissances du patient vis-à-vis de l'obésité et de ses complications.	Critère n°4 - Lors du premier entretien, l'évaluation de l'histoire pondérale du patient et de ses connaissances vis à vis de l'obésité est indispensable afin d'adapter sa prise en charge.	29%	43%	29%	6
Critère n°5 - Expliquer au patient le but d'une prise en charge en éducation thérapeutique, ses bénéfices, les éventuelles contraintes en termes de temps nécessaire, de disponibilité.	Critère n°5 - Expliquer au patient le but d'une prise en charge en éducation thérapeutique, ses bénéfices, les éventuelles contraintes en termes de temps nécessaire, de disponibilité.	7%	79%	50%	9
Critère n°6 - Le médecin doit évaluer le projet du patient pour adapter les objectifs de la prise en charge qui lui seront présentés par la suite.	Critère n°6 - Le médecin doit comprendre le projet du patient, en discuter avec lui afin de l'aider à formuler des objectifs adaptés à sa prise en charge. Ces objectifs seront partagés avec les différents acteurs de sa prise en charge.	7%	79%	71%	9
Critère n°7 - "Signature" d'une charte de suivi engageant le patient à honorer les rendez-vous et à s'investir dans sa prise en charge, et le médecin à rester disponible afin de répondre au mieux aux attentes du patient.	Critère n°7 - Il est important pour l'équipe de soins premiers de responsabiliser le patient et de l'autonomiser pour qu'il s'investisse dans sa prise en charge sans pour autant l'enfermer dans une obligation de suivi.	29%	64%	64%	7
Critère n°8- L'Indice de Masse Corporelle (IMC) sera utilisé lors du diagnostic et du suivi de la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.	Critère n°8- L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est indispensable lors du diagnostic et pourra être utilisé lors du suivi de la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.	0%	71%	35%	8

<p>Critère n°9 - “ A Body Shape Index score” (ABSI Z score) sera utilisé lors du diagnostic et du suivi de la prise en charge de l’obésité en éducation thérapeutique. Ce score nécessite le tour de taille (WC) , l'IMC (BMI) et la taille (height). Il permet une meilleure estimation de risque cardiovasculaire chez le patient obèse . L'ABSI Z score est calculé en utilisant l'ABSI du patient et en l'intégrant dans une formule mathématique utilisant la moyenne d'ABSI de la population générale.</p>	<p>Critère n°9 - “ A Body Shape Index score” (ABSI Z score) pourra être utilisé lors du diagnostic afin d'aider l'équipe médicale à déterminer le risque cardiovasculaire du patient. Il pourra être comparé à distance mais ne semble pas pertinent comme outil d'aide au suivi du patient obèse. Ce score nécessite le tour de taille (WC) , l'IMC (BMI) et la taille (height). Il permet une meilleure estimation de risque cardiovasculaire chez le patient obèse . L'ABSI Z score est calculé en utilisant l'ABSI du patient et en l'intégrant dans une formule mathématique utilisant la moyenne d'ABSI de la population générale.</p>	7%	43%	37%	5
<p>Critère n°10 - L’adiposité par la mesure des plis cutanés reconnus (tricipital, bicipital, sous scapulaire et supra iliaque) sera utilisée lors du diagnostic et du suivi de la prise en charge de l’obésité en éducation thérapeutique.</p>	<p>Critère n°10 - L’adiposité par la mesure des plis cutanés reconnus (tricipital, bicipital, sous scapulaire et supra iliaque) ne sera pas utilisé pour le diagnostic et le suivi des patients obèses, le biais de mesure étant trop important. De plus, cette mesure pourrait être mal vécue par les patients.</p>	50%	21%		4
<p>Critère n°11 - La mesure du tour de taille et du tour de hanche sera utilisée lors du diagnostic et du suivi de la prise en charge de l’obésité en éducation thérapeutique.</p>	<p>Critère n°11 - La mesure du tour de taille (périmètre abdominal) sera utilisée lors du diagnostic et du suivi de la prise en charge de l’obésité en éducation thérapeutique.</p>	21%	64%		7
<p>Critère n°12 - L'évaluation du retentissement de l'obésité sur la vie quotidienne du patient devra être réalisée au début de la prise</p>	--	0%	86%	86%	9

en charge et sera répétée lors de consultations de suivi.					
Critère n°13 - L'hypertension artérielle sera évaluée et suivie lors de la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.	Critère n°13 - En cas d'hypertension artérielle, sa surveillance pourra être utile comme objectif intermédiaire dans la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.	7%	64%	50%	8
Critère n°14 - La dyslipidémie sera évaluée et suivie lors de la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.	Critère n°14 - En cas de dyslipidémie, sa surveillance pourra être utile comme objectif intermédiaire dans la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.	0%	64%	64%	8
Critère n°15 - Le diabète, par la mesure de la glycémie à jeun et de l'hémoglobine glyquée, sera évalué et suivi lors de la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.	Critère n°15 - En cas de diabète, sa surveillance par la mesure de la glycémie à jeun et de l'hémoglobine glyquée, pourra être utile comme objectif intermédiaire dans la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.	0%	71%	57%	8
Critère n°16 - Le patient disposera tout au long de sa prise en charge de supports lui permettant d'accéder à des informations concernant l'obésité et sa prise en charge (guide nutritionnel, fiche alimentaire, sites Internet reconnus...).	Critère n°16 - Le patient disposera tout au long de sa prise en charge de supports adaptés à ses capacités et objectifs lui permettant d'accéder à des informations concernant l'obésité et sa prise en charge (guide nutritionnel, fiche alimentaire, sites Internet reconnus...). Ces supports seront présentés en consultation afin de valider avec le patient leur utilité.	0%	93%	71%	9
Critère n°17 - Les patients ayant un IMC inférieur à 30 kg/m ² , sans autre comorbidité doivent être sensibilisés au risque	Critère n°17 - Les patients ayant un IMC inférieur à 30 kg/m ² , sans autre comorbidité, doivent être sensibilisés au risque d'obésité et pourront bénéficier	43%	21%	14%	5

d'obésité mais ne relèvent pas d'une prise en charge en ETP.	d'un accompagnement s'ils le souhaitent, sans pour autant nécessiter un suivi rigoureux.				
Critère n°18 - A l'aide du médecin, le patient devra définir un projet de soin en fonction de sa préoccupation principale, ainsi que des objectifs intermédiaires qui contribueront à la réussite de son projet.	Critère n°18 - A l'aide de l'équipe pluridisciplinaire, le patient devra définir un projet de soin en fonction de sa préoccupation principale, ainsi que des objectifs intermédiaires qui contribueront à la réussite de son projet.	0%	100%	78%	9
Critère n°19 - Les objectifs de la prise en charge, qui seront fixés en concertation avec les patients, doivent être précis, mesurables, atteignables, pertinents et limités dans le temps.	--	0%	93%	93%	9
Critère n°20 - Les patients se verront proposer une prise en charge régulière avec une consultation de suivi tous les 15 jours pendant 3 mois puis tous les mois pendant 6 à 12 mois.	Critère n°20 - Les patients se verront proposer une prise en charge régulière dont le rythme sera adapté à ses disponibilités. Ce suivi devra, dans l'idéal, être multidisciplinaire, avec au moins une consultation de suivi avec le référent de la prise en charge tous les mois pendant 12 mois.	14%	50%	42%	7
Critère n°21 - Le médecin et le patient conviendront d'un calendrier de suivi.	--	0%	93%	85%	9
Critère n°22 - Le suivi du patient devrait être multidisciplinaire : alternance entre des consultations avec le médecin généraliste, les diététiciens, l'infirmier ASALEE, le psychologue, le professeur d'activité physique adapté et/ou les kinésithérapeutes.	Critère n°22 - Le suivi du patient devrait être multidisciplinaire et coordonné : alternance entre des consultations avec le médecin généraliste, les diététiciens, l'infirmier ASALEE, le psychologue, le professeur d'activité physique adapté et/ou les kinésithérapeutes.	0%	93%	78%	9

<p>Critère n°23 - La prise en charge diététique devra se référer aux recommandations de bonnes pratiques actuelles, selon le Programme National Nutrition Santé (PNNS).</p>	<p>Critère n°23 - La prise en charge diététique devra se référer aux recommandations de bonnes pratiques actuelles, selon le Programme National Nutrition Santé (PNNS), et individualisée pour chaque patient.</p>	<p>0%</p>	<p>86%</p>	<p>64%</p>	<p>9</p>
<p>Critère 24 - Le diagnostic diététique initial permettra d'obtenir les informations suivantes : les quantités consommées, la qualité des apports alimentaires, le moment des prises (prandiales/extra prandiales), le comportement alimentaire en général (ex : hyperphagie, contexte de restriction cognitive.. et la présence ou la suspicion de troubles du comportement alimentaire), les difficultés du patient et les éléments pertinents qui influencent la prise en charge diététique (ex : prise médicamenteuse, contexte socio-culturel, la profession...).</p>	<p>Critère 24 - Le diagnostic diététique initial permettra d'obtenir les informations suivantes : les quantités consommées, la qualité des apports alimentaires, le moment des prises (prandiales/extra prandiales, rythme, contexte), le comportement alimentaire en général (ex : hyperphagie, contexte de restriction cognitive.. et la présence ou la suspicion de troubles du comportement alimentaire), les difficultés du patient et les éléments pertinents qui influencent la prise en charge diététique (ex : prise médicamenteuse, contexte socio-culturel, la profession...) et l'histoire pondéral du patient.</p>	<p>0%</p>	<p>100%</p>	<p>79%</p>	<p>9</p>
<p>Critère n°25 - Le médecin aura recours au calendrier alimentaire pour évaluer les apports journaliers et les troubles alimentaires du patient. Ce dernier pourra être renouvelé à plusieurs reprises lors de la prise en charge.</p>	<p>Critère n°25 - L'équipe soignante pourra avoir recours au calendrier alimentaire pour évaluer les apports journaliers et les troubles alimentaires du patient. Ce dernier pourra être renouvelé à plusieurs reprises lors de la prise en charge en fonction du profil du patient.</p>	<p>14%</p>	<p>64%</p>	<p>57%</p>	<p>7</p>
<p>Critère n°26 - Le médecin réévaluera les connaissances du patient à chaque début de séance, soit par l'utilisation de "quizz"</p>	<p>Critère n°26 - Le médecin réévaluera les connaissances acquises du patient en le laissant</p>	<p>0%</p>	<p>71%</p>	<p>57%</p>	<p>8</p>

court, soit en laissant le patient résumer rapidement la dernière séance.	résumer/reformuler rapidement la dernière séance.				
Critère n°27 - L'information diététique sera délivrée en plusieurs séances afin de limiter l'information donnée et ainsi optimiser l'éducation du patient.	Critère n°27 - Selon le niveau de connaissance du patient, l'information diététique pourra être délivrée en plusieurs séances dans l'objectif d'optimiser l'éducation du patient.	7%	93%	79%	9
Critère n°28 - Le médecin pourra s'appuyer sur le réseau local des professionnels de santé agréés à la prise en charge diététique.	Critère n°28 - Le médecin pourra s'appuyer sur le réseau local des professionnels de santé formés à la prise en charge diététique.	0%	93%	79%	9
Critère n°29 - Le patient doit réaliser idéalement entre 3 et 5 séances d'activité physique adaptée par semaine pour atteindre un niveau d'efficacité suffisant. Pour qu'elle soit bénéfique, la séance d'activité physique prescrite doit durer au minimum 30 minutes.	Critère n°29/30 - Selon les recommandations HAS, le patient devra réaliser idéalement entre 3 et 5 séances d'activité physique adaptée par semaine (pour un total de 2h30) pour atteindre un niveau d'efficacité optimal. La fréquence et la durée de ces séances devront être individualisées pour chaque patient, ces objectifs étant un idéal difficilement atteignable pour certains.	29%	57%	42%	7
Critère n°30 - Le patient devra atteindre un total minimum de 150 minutes d'activité physique par semaine. (selon les recommandations OMS, toute séance d'activité d'intensité modérée d'au moins 10 minutes est comptabilisée dans le calcul de son activité physique hebdomadaire).	Après concertation, fusion de ce critère avec le 29	21%	50%	42%	7

Critère n°31 - L'activité physique doit être proposée de préférence à intensité modérée (un effort moyen accélérant sensiblement la fréquence cardiaque par exemple : marcher d'un pas vif, danser, faire du vélo, nager, tondre le gazon, jogging).	--	0%	86%	86%	9
Critère n°32 - Face à un patient sédentaire, la prescription d'activité physique doit être progressive afin de faciliter l'adhésion du patient.	--	0%	93%	93%	9
Critère n°33 - L'activité physique doit être individualisée, adaptée à l'âge du patient, à son niveau habituel d'activité physique, à son état de santé (en particulier son niveau de risque CV), à sa condition physique, à ses capacités physiques fonctionnelles, à ses capacités cognitives et à ses moyens financiers. Elle devra être réévaluée en fonction des résultats de l'adhésion et de la tolérance du patient.	--	0%	100%	93%	9
Critère n°34 - L'utilisation d'outils (podomètre, cardiofréquencemètre) permettant de quantifier l'activité physique réalisée sera proposée au patient.	--	0%	93%	93%	9

<p>Critère n°35 - Le médecin doit prescrire l'activité physique. Sur la prescription devront figurer les conseils prodigués à l'oral sur la fréquence, l'intensité, les composantes de la condition physique à développer (en fonction de l'examen clinique) et si nécessaire joindre un certificat de non contre-indication à la pratique de l'activité physique choisie par le patient.</p>	<p>Critère n°35 - L'activité physique pourra être prescrite par l'équipe des soignants. Cette prescription permettrait de faire figurer les conseils prodigués à l'oral sur la fréquence, l'intensité, les composantes de la condition physique à développer (en fonction de l'examen clinique).</p>	7%	71%	50%	8
<p>Critère n°36 - Dans le cadre du bilan initial, le médecin généraliste devra rechercher l'existence de troubles des conduites alimentaires.</p>	<p>Critère n°36 - Dans le cadre du bilan initial, il faudra rechercher l'existence de troubles des conduites alimentaires.</p>	0%	100%	86%	9
<p>Critère n°37 - Dans le cadre du bilan initial, le médecin généraliste devra rechercher l'existence d'un épisode dépressif caractérisé et des antécédents psychiatriques.</p>	<p>Critère n°37 - Dans le cadre du bilan initial, il conviendra de rechercher l'existence d'un épisode dépressif caractérisé et des antécédents psychiatriques.</p>	0%	93%	86%	9
<p>Critère n°38 - Dans le cadre du bilan initial, l'existence d'une addiction doit être recherchée.</p>	--	0%	100%	86%	9
<p>Critère n°39 - L'attitude du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité doit être bienveillante, exempte de préjugés afin d'éviter un repli du patient sur lui-même et par là-même, un échec thérapeutique.</p>	--	0%	100%	93%	9
<p>Critère n°40 - La prise en charge par un psychologue doit être systématiquement proposée en complément de la prise en charge par le médecin généraliste.</p>	<p>Critère n°40 - Un bilan psychologique pourra être proposé à chaque patient en début de prise en charge.</p>	14%	57%	57%	9

Critère n°41 - L'existence de troubles des conduites alimentaires ou de tout autre trouble psychiatrique nécessite une prise en charge psychologique en premier lieu.	Critère n°41 - L'existence de troubles des conduites alimentaires ou de tout autre trouble psychiatrique serviront d'indicateur pour proposer une consultation psychologique voire psychiatrique en fonction des patients et de leur évolution dans le cadre de la prise en charge en éducation thérapeutique.	7%	86%	64%	9
Critère n°42 : En cas de d'échec de la prise en charge psychologique, il faudra adresser le patient pour un bilan psychiatrique	Critère n°42 : En cas d'échec de la prise en charge psychologique, il faudra prévoir une concertation avec l'équipe soignante et le patient afin de déterminer les raisons de cet échec et de proposer une alternative pour la suite de la prise en charge.	0%	36%	29%	6
Critère n°43 - L'aspect financier de ce suivi multidisciplinaire devra être évalué en premier lieu afin d'appréhender les risques d'échec.	--	0%	100%	100%	8
Critère n°44 - Si le patient souhaite utiliser un abonnement payant à des menus ou programmes d'activité physique, il conviendra au médecin généraliste de donner son avis.	Critère n°44 - Si le patient souhaite utiliser un abonnement payant à des menus ou programmes d'activité physique, il conviendra de l'orienter vers un professionnel compétent afin de lui demander son avis.	0%	79%	50%	8
Critère n°45 - Chaque dossier de patient se verra discuté lors de réunion pluridisciplinaire fréquente.	Critère n°45 - Dans le cadre du suivi pluridisciplinaire, il conviendra aux professionnels de santé de se retrouver afin d'échanger sur les dossiers complexes dans le but d'améliorer la prise en charge.	0%	64%	57%	8

<p>Critère n°46 - Après un 1 an de prise en charge sans résultats, en accord avec le patient, le médecin l'orientera vers une prise en charge de second recours (endocrinologue, centre de prise en charge de l'obésité)</p>	<p>Critère n°46 - Après un 1 an de prise en charge sans résultats, le patient et son médecin dresseront un bilan de l'année écoulée afin d'essayer de définir l'origine de cet échec. Ce bilan sera l'occasion de réévaluer la motivation du patient, d'adapter le protocole et, si besoin, une prise en charge de second recours lui sera proposée (endocrinologue, centre de prise en charge de l'obésité).</p>	14%	86%	64%	8
<p>Critère n°47 - Le médecin généraliste proposera une ou plusieurs consultations avec les proches du patient afin de se renseigner sur les habitudes de vie commune du patient, d'éduquer le conjoint et d'adapter la prise en charge en conséquence.</p>	<p>Critère n°47 - Si il le souhaite, le patient se verra proposer une ou plusieurs consultations avec ses proches afin de se renseigner sur ses habitudes de vie, d'éduquer le conjoint et d'adapter la prise en charge en conséquence.</p>	7%	64%	50%	7

Annexe 6. Résultats de la 2e ronde.

CRITÈRE INITIAL	CRITÈRE APRÈS CORRECTION	POURCENTAGE DE NOTES ≤ 3 (DÉSACCORD $> 80\%$)	POURCENTAGE DE NOTES ≥ 7 (ACCORD $> 80\%$)	POURCENTAGE DE NOTES ≥ 7 sans commentaire (CONSENSUS $> 80\%$)	MÉDIANE
Critère n°1 - Avant toute prise en charge, il est essentiel d'exposer au patient les complications liées au surpoids/obésité, puis lui demander s'il souhaite aborder ce problème.	Critère n°1 : Avant toute prise en charge, il faut lui demander s'il souhaite aborder ce problème puis lui exposer les complications et risques de l'obésité s'il n'y a pas déjà été sensibilisé.	25%	75%	67%	8
Critère n°2 - Afin d'adapter la prise en charge, la motivation du patient sera évaluée (par exemple : avec l'aide du modèle de Prochaska et Di Clemente, ou d'un autre modèle).	---	0%	100%	100%	9
Critère n°3 - Les patients présentant une obésité compliquée de pathologies chroniques sévères (insuffisance cardiaque, syndrome dépressif sévère, diabète compliqué..) ou femme enceinte obèse nécessitent d'emblée un avis spécialisé en parallèle de la prise en charge en soins premiers. (utilisation du score EOSS - Edmonton Obesity Staging System supérieur à 2 par exemple pour identifier ces patients à risque).	Critère n°3 - Les patients présentant une obésité compliquée de pathologies chroniques sévères (insuffisance cardiaque, syndrome dépressif sévère, diabète compliqué..) ou femme enceinte obèse nécessitent de proposer un avis spécialisé en parallèle de la prise en charge en soins premiers.	25%	67%	67%	7
Critère n°4 - Lors du premier entretien, l'évaluation de l'histoire pondérale du patient et de ses connaissances vis à vis de l'obésité est indispensable afin d'adapter sa prise en charge.	Critère n°4 - Lors des premiers entretiens, l'évaluation de l'histoire pondérale du patient et de ses connaissances vis à vis de l'obésité est indispensable afin d'adapter sa prise en charge.	0%	83%	75%	9

<p>Critère n°5 - Expliquer au patient le but d'une prise en charge en éducation thérapeutique, ses bénéfices, les éventuelles contraintes en termes de temps nécessaire, de disponibilité.</p>	---	0%	100%	92%	9
<p>Critère n°6 - Le médecin doit comprendre le projet du patient, en discuter avec lui afin de l'aider à formuler des objectifs adaptés à sa prise en charge. Ces objectifs seront partagés avec les différents acteurs de sa prise en charge.</p>	---	0%	100%	92%	9
<p>Critère n°7 - Il est important pour l'équipe de soins premiers de responsabiliser le patient et de l'autonomiser pour qu'il s'investisse dans sa prise en charge sans pour autant l'enfermer dans une obligation de suivi.</p>	---	0%	100%	100%	9
<p>Critère n°8- L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est indispensable lors du diagnostic et pourra être utilisé lors du suivi de la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.</p>	<p>Critère n°8- L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est indispensable lors du diagnostic et pourra être utilisé lors du suivi de la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique. Il faudra cependant veiller à nuancer les résultats et ne pas enfermer le patient dans des nombres.</p>	0%	75%	67%	8

<p>Critère n°9 - “ A Body Shape Index score” (ABSI Z score) pourra être utilisé lors du diagnostic afin d'aider l'équipe médicale à déterminer le risque cardiovasculaire du patient. Il pourra être comparé à distance mais ne semble pas pertinent comme outil d'aide au suivi du patient obèse. Ce score nécessite le tour de taille (WC) , l'IMC (BMI) et la taille (height). Il permet une meilleure estimation de risque cardiovasculaire chez le patient obèse . L'ABSI Z score est calculé en utilisant l'ABSI du patient et en l'intégrant dans une formule mathématique utilisant la moyenne d'ABSI de la population générale.</p>	<p>Critère n°9 - “ A Body Shape Index score” (ABSI Z score) pourra être utilisé lors du diagnostic afin d'aider l'équipe médicale à déterminer le risque cardiovasculaire du patient. Il pourra être comparé à distance mais ne semble pas pertinent comme outil d'aide au suivi du patient obèse. Ce score nécessite le tour de taille (WC) , l'IMC (BMI) et la taille (height). Il permet une meilleure estimation de risque cardiovasculaire chez le patient obèse . L'ABSI Z score est calculé en utilisant l'ABSI du patient et en l'intégrant dans une formule mathématique utilisant la moyenne d'ABSI de la population générale.</p>	17%	50%	50%	7
<p>Critère n°10 - L'adiposité par la mesure des plis cutanés reconnus (tricipital, bicipital, sous scapulaire et supra iliaque) ne sera pas utilisé pour le diagnostic et le suivi des patients obèses, le biais de mesure étant trop important. De plus, cette mesure pourrait être mal vécue par les patients.</p>	<p>Critère n°10 - L'adiposité par la mesure des plis cutanés reconnus (tricipital, bicipital, sous scapulaire et supra iliaque) ne sera pas utilisé pour le diagnostic et le suivi des patients obèses, le biais de mesure étant trop important. De plus, cette mesure pourrait être mal vécue par les patients. Certains experts bien formés à cette mesure pourront y trouver un bénéfice en terme de suivi.</p>	0%	75%	75%	9
<p>Critère n°11 - La mesure du tour de taille (périmètre abdominal) sera utilisée lors du diagnostic et du suivi de la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.</p>	<p>Critère n°11 - La mesure du tour de taille (périmètre abdominal) peut être utilisée lors du diagnostic et du suivi de la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.</p>	0%	58%	50%	8
<p>Critère n°13 - En cas d'hypertension artérielle, sa surveillance pourra être utile</p>	---	0%	100%	100%	9

comme objectif intermédiaire dans la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.					
Critère n°14 - En cas de dyslipidémie, sa surveillance pourra être utile comme objectif intermédiaire dans la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.	---	0%	92%	92%	9
Critère n°15 - En cas de diabète, sa surveillance par la mesure de la glycémie à jeun et de l'hémoglobine glyquée, pourra être utile comme objectif intermédiaire dans la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.	---	0%	92%	92%	9
Critère n°16 - Le patient disposera tout au long de sa prise en charge de supports adaptés à ses capacités et objectifs lui permettant d'accéder à des informations concernant l'obésité et sa prise en charge (guide nutritionnel, fiche alimentaire, sites Internet reconnus...). Ces supports seront présentés en consultation afin de valider avec le patient leur utilité.	---	0%	100%	92%	9
Critère n°17 - Les patients ayant un IMC inférieur à 30 kg/m2, sans autre comorbidité, doivent être sensibilisés au risque d'obésité et pourront bénéficier d'un accompagnement s'ils le souhaitent, sans pour autant nécessiter un suivi rigoureux.	Critère n°17 - Les patients ayant un IMC inférieur à 30 kg/m2, sans autre comorbidité, doivent être sensibilisés au risque d'obésité et pourront bénéficier d'un accompagnement s'ils le souhaitent, sans pour autant nécessiter un suivi rigoureux.	17%	75%		8

<p>Critère n°18 - A l'aide de l'équipe pluridisciplinaire, le patient devra définir un projet de soin en fonction de sa préoccupation principale, ainsi que des objectifs intermédiaires qui contribueront à la réussite de son projet.</p>	---	0%	100%	92%	9
<p>Critère n°20 - Les patients se verront proposer une prise en charge régulière dont le rythme sera adapté à ses disponibilités. Ce suivi devra, dans l'idéal, être multidisciplinaire, avec au moins une consultation de suivi avec le référent de la prise en charge tous les mois pendant 12 mois.</p>	<p>Critère n°20 - Les patients se verront proposer un suivi régulier dont le rythme sera adapté à leurs disponibilités. Ce suivi devra, dans l'idéal, être multidisciplinaire, articulé autour de consultations avec le référent de la prise en charge.</p>	0%	92%	58%	9
<p>Critère n°22 - Le suivi du patient devrait être multidisciplinaire et coordonné : alternance entre des consultations avec le médecin généraliste, les diététiciens, l'infirmier ASALEE, le psychologue, le professeur d'activité physique adapté et/ou les kinésithérapeutes.</p>	---	0%	100%	100%	9
<p>Critère n°23 - La prise en charge diététique devra se référer aux recommandations de bonnes pratiques actuelles, selon le Programme National Nutrition Santé (PNNS), et individualisée pour chaque patient.</p>	<p>Critère n°23 - La prise en charge diététique devra se référer aux recommandations de bonnes pratiques actuelles, selon le Programme National Nutrition Santé (PNNS), et adaptée pour chaque patient.</p>	0%	92%	92%	9

<p>Critère 24 - Le diagnostic diététique initial permettra d'obtenir les informations suivantes : les quantités consommées, la qualité des apports alimentaires, le moment des prises (prandiales/extra prandiales, rythme, contexte), le comportement alimentaire en général (ex : hyperphagie, contexte de restriction cognitive.. et la présence ou la suspicion de troubles du comportement alimentaire), les difficultés du patient et les éléments pertinents qui influencent la prise en charge diététique (ex : prise médicamenteuse, contexte socio-culturel, la profession...) et l'histoire pondéral du patient.</p>	---	0%	100%	100%	9
<p>Critère n°25 - L'équipe soignante pourra avoir recours au calendrier alimentaire pour évaluer les apports journaliers et les troubles alimentaires du patient. Ce dernier pourra être renouvelé à plusieurs reprises lors de la prise en charge en fonction du profil du patient.</p>	<p>Critère n°25 - Le recours au calendrier alimentaire sera possible pour évaluer les apports journaliers et les troubles alimentaires du patient. Ce dernier pourra être renouvelé à plusieurs reprises lors de la prise en charge en fonction du profil du patient.</p>	8%	83%	83%	7
<p>Critère n°26 - Le médecin réévaluera les connaissances acquises du patient en le laissant résumer/reformuler rapidement la dernière séance.</p>	<p>Critère n°26 - Le médecin réévaluera régulièrement les connaissances acquises du patient en le laissant résumer/reformuler les thématiques abordées et s'exprimer sur les difficultés rencontrées.</p>	8%	92%	83%	9
<p>Critère n°27 - Selon le niveau de connaissance du patient, l'information diététique pourra être délivrée en plusieurs séances dans l'objectif d'optimiser l'éducation du patient.</p>	---	0%	100%	100%	9

Critère n°28 - Le médecin pourra s'appuyer sur le réseau local des professionnels de santé formés à la prise en charge diététique.	Critère n°28 - Le médecin pourra s'appuyer sur le réseau local des professionnels de santé formés à la prise en charge diététique, s'assurant de la bonne concordance du discours proposé.	8%	92%	92%	9
Critère n°29/30 - Selon les recommandations HAS, le patient devra réaliser idéalement entre 3 et 5 séances d'activité physique adaptée par semaine (pour un total de 2h30) pour atteindre un niveau d'efficacité optimal. La fréquence et la durée de ces séances devront être individualisées pour chaque patient (ces objectifs étant un idéal difficilement atteignable pour certains).	---	0%	100%	100%	8
Critère n°35 - L'activité physique pourra être prescrite par les soignants. Cette prescription permettrait de faire figurer les conseils prodigués à l'oral sur la fréquence, l'intensité, les composantes de la condition physique à développer (en fonction de l'examen clinique).	Critère n°35 - L'activité physique pourra être prescrite par les médecins et professionnels de santé responsables de l'activité physique. Cette prescription permettrait de faire figurer les conseils prodigués à l'oral sur la fréquence, l'intensité, les composantes de la condition physique à développer (en fonction de l'examen clinique).	8%	92%	83%	9
Critère n°40 - Un bilan psychologique pourra être proposé à chaque patient en début de prise en charge.	Critère n°40 - Un bilan psychologique pourra être proposé à chaque patient en début de prise en charge. Il conviendra de présenter au patient l'intérêt de ce bilan dans le cadre du suivi de l'obésité.	0%	92%	83%	9
Critère n°41 - L'existence de troubles des conduites alimentaires ou de tout autre trouble psychiatrique serviront d'indicateur pour proposer une consultation psychologique voire psychiatrique	---	8%	92%	92%	8

en fonction des patients et de leur évolution dans le cadre de la prise en charge en éducation thérapeutique.					
Critère n°42 : En cas d'échec de la prise en charge psychologique, il faudra prévoir une concertation avec l'équipe soignante et le patient afin de déterminer les raisons de cet échec et de proposer une alternative pour la suite de la prise en charge.	Critère n°42 : En cas d'inefficacité de la prise en charge psychologique, il faudra prévoir une concertation avec l'équipe soignante et le patient afin de définir les raisons de cette inefficacité et de déterminer la suite de la prise en charge.	0%	75%	75%	8
Critère n°44 - Si le patient souhaite utiliser un abonnement payant à des menus ou programmes d'activité physique, il conviendra de l'orienter vers un professionnel compétent afin de lui demander son avis.	Critère n°44 - Si le patient souhaite utiliser un abonnement payant à des menus ou programmes d'activité physique, il conviendra d'accompagner le patient dans sa tentative ou de l'orienter vers un professionnel compétent afin de lui demander son avis.	25%	75%	75%	8
Critère n°45 - Dans le cadre du suivi pluridisciplinaire, il conviendra aux professionnels de santé de se retrouver afin d'échanger sur les dossiers complexes dans le but d'améliorer la prise en charge.	---	0%	100%	100%	9
Critère n°46 - Après un 1 an de prise en charge sans résultats, le patient et son médecin dresseront un bilan de l'année écoulée afin d'essayer de définir l'origine de cet échec. Ce bilan sera l'occasion de réévaluer la motivation du patient, d'adapter le protocole et, si besoin, une prise en charge de second recours lui sera proposée (endocrinologue, centre de prise en charge de l'obésité).	Critère n°46 - Après un 1 an de prise en charge sans résultats, le patient et son référent dresseront un bilan de l'année écoulée afin d'essayer de définir l'origine de cet échec. Ce bilan sera l'occasion de réévaluer la motivation du patient, d'adapter le protocole et, si besoin, une prise en charge de second recours lui sera proposée (endocrinologue, centre de prise en charge de l'obésité).	0%	83%	83%	9

Critère n°47 - Si il le souhaite, le patient se verra proposer une ou plusieurs consultations avec ses proches afin de se renseigner sur ses habitudes de vie, d'éduquer le conjoint et d'adapter la prise en charge en conséquence.	---	0%	100%	100%	9
--	-----	----	------	------	---

Annexe 7. Résultats de la 3e ronde.

CRITÈRE INITIAL	CRITÈRE APRÈS CORRECTION	POURCENTAGE DE NOTES ≤ 3 (DÉSACCORD > 80%)	POURCENTAGE DE NOTES ≥ 7 (ACCORD > 80%)	POURCENTAGE DE NOTES ≥ 7 sans commentaire (CONSENSUS > 80%)	MÉDIANE
Critère n°1 : Avant toute prise en charge, il faut demander au patient s'il souhaite aborder ce problème puis lui exposer les complications et risques de l'obésité s'il n'y a pas déjà été sensibilisé.	---	8%	92%	92%	9
Critère n°3 - Les patients présentant une obésité compliquée de pathologies chroniques sévères (insuffisance cardiaque, syndrome dépressif sévère, diabète compliqué..) ou femme enceinte obèse nécessitent de proposer un avis spécialisé en parallèle de la prise en charge en soins premiers.	PAS DE CONSENSUS APRÈS 3 RONDES - LES COMMENTAIRES NE PERMETTENT PAS DE DÉFINIR UN ACCORD GLOBAL	8%	83%	75%	8
Critère n°4 - Lors des premiers entretiens, l'évaluation de l'histoire pondérale du patient et de ses connaissances vis à vis de l'obésité est indispensable afin d'adapter sa prise en charge.	---	0%	100%	100%	9

<p>Critère n°8- L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est indispensable lors du diagnostic et pourra être utilisé lors du suivi de la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique. Il faudra cependant veiller à nuancer les résultats et ne pas enfermer le patient dans des nombres.</p>	---	8%	92%	92%	9
<p>Critère n°9 - "A Body Shape Index score" (ABSI Z score) pourra être utilisé lors du diagnostic afin d'aider l'équipe médicale à déterminer le risque cardiovasculaire du patient. Il pourra être comparé à distance mais ne semble pas pertinent comme outil d'aide au suivi du patient obèse. Ce score nécessite le tour de taille (WC), l'IMC (BMI) et la taille (height). Il permet une meilleure estimation de risque cardiovasculaire chez le patient obèse. L'ABSI Z score est calculé en utilisant l'ABSI du patient et en l'intégrant dans une formule mathématique utilisant la moyenne d'ABSI de la population générale.</p>	X	8%	50%	50%	6,5
<p>Critère n°10 - L'adiposité par la mesure des plis cutanés reconnus (tricipital, bicipital, sous scapulaire et supra iliaque) ne sera pas utilisé pour le diagnostic et le suivi des patients obèses, le biais de mesure étant trop important. De plus, cette mesure pourrait être mal vécue par les patients. Certains experts bien formés à cette mesure pourront y</p>	X	0%	75%	75%	9

trouver un bénéfice en terme de suivi.					
Critère n°11 - La mesure du tour de taille (périmètre abdominal) peut être utilisée lors du diagnostic et du suivi de la prise en charge de l'obésité en éducation thérapeutique.	X	0%	75%	75%	8
Critère n°17 - Les patients ayant un IMC inférieur à 30 kg/m2, sans autre comorbidité, doivent être sensibilisés au risque d'obésité et pourront bénéficier d'un accompagnement s'ils le souhaitent, sans pour autant nécessiter un suivi rigoureux.	---	8%	92%	83%	9
Critère n°20 - Les patients se verront proposer un suivi régulier dont le rythme sera adapté à leurs disponibilités. Ce suivi devra, dans l'idéal, être multidisciplinaire, articulé autour de consultations avec le référent de la prise en charge.	---	0%	100%	100%	9
Critère n°42 : En cas d'inefficacité de la prise en charge psychologique, il faudra prévoir une concertation avec l'équipe soignante et le patient afin de définir les raisons de cette inefficacité et de déterminer la suite de la prise en charge.	---	8%	92%	92%	9

<p>Critère n°44 - Si le patient souhaite utiliser un abonnement payant à des menus ou programmes d'activité physique, il conviendra d'accompagner le patient dans sa tentative ou de l'orienter vers un professionnel compétent afin de lui demander son avis.</p>	---	0%	100%	100%	9
--	-----	----	------	------	---

Revue systématique de la littérature : synthèse des modalités d'accompagnement en éducation thérapeutique de l'adulte en situation d'obésité pour permettre l'élaboration d'un outil à destination des professionnels de santé en soins premiers.

Résumé :

L'obésité concerne 17% de la population adulte française. Son incidence ne cesse d'augmenter malgré la mise en place de recommandations de bonnes pratiques en 2012. L'objectif de notre travail est de rechercher l'existence d'outils d'aide à l'accompagnement des patients obèses en éducation thérapeutique en soins premiers.

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature puis regroupé les idées principales sous forme de critères et les avons proposées à des experts lors d'une ronde Delphi, afin d'obtenir un consensus sur les critères indispensables à la prise en charge de l'obésité.

L'accompagnement de ces patients devra être patient-centrée et proposer un suivi personnalisé, avec des objectifs accessibles, regroupant à la fois des conseils sur l'activité physique, la nutrition et une thérapie cognitivo-comportementale afin de modifier durablement des habitudes de vie délétères, en s'inscrivant si possible dans un protocole pluridisciplinaire coordonné par le médecin traitant.

Abstract:

Obesity concerns 17% of the French adult population. Its incidence continues to increase despite the implementation of new recommendations in 2012. The main objective was to look for the existence of tools to help support obese patients in primary care.

We carried out a systematic review of the literature then regrouped the main ideas and proposed them to experts during a Delphi method, in order to obtain a consensus on the essential criteria for the management of obesity.

The treatment for these patients should be centered on them and offer personalized follow-up, with accessible objectives, combining advice on physical activity, nutrition and cognitive-behavioral therapy in order to make lasting changes in lifestyle, if possible following a multidisciplinary protocol coordinated by the general practitioner.

Mots-clés : Obésité, Éducation thérapeutique, Médecin généraliste, Soins premiers

Key-words: Obesity, Patient education as topic, General practitioner, Primary care

Discipline administrative : Médecine générale

UFR : Faculté de Médecin Ranguel - 133 route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : Dr Florian SAVIGNAC

Nom, Prénom : BAHON Florian et FERRAND Pierre