



**Réalisation d'une fiche de synthèse d'aide à la
consultation en Médecine Générale pour les patients
adultes en situation de surpoids ou d'obésité de grade I :
une revue de la littérature**

Camille Eschard

► To cite this version:

Camille Eschard. Réalisation d'une fiche de synthèse d'aide à la consultation en Médecine Générale pour les patients adultes en situation de surpoids ou d'obésité de grade I : une revue de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02399907

HAL Id: dumas-02399907

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02399907>

Submitted on 9 Dec 2019

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

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

**Réalisation d'une fiche de synthèse d'aide à la consultation en Médecine
Générale pour les patients adultes en situation de surpoids ou
d'obésité de grade I : une revue de la littérature.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 25 Octobre 2019

Par Madame Camille ESCHARD

Née le 28 décembre 1992 à Reims (51)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VALERO René

Président

Monsieur le Professeur DARMON Patrice

Assesseur

Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic

Assesseur

Madame le Docteur FORTE Jenny

Directeur

**Réalisation d'une fiche de synthèse d'aide à la consultation en Médecine
Générale pour les patients adultes en situation de surpoids ou
d'obésité de grade I : une revue de la littérature.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 25 Octobre 2019

Par Madame Camille ESCHARD

Née le 28 décembre 1992 à Reims (51)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VALERO René

Président

Monsieur le Professeur DARMON Patrice

Assesseur

Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic

Assesseur

Madame le Docteur FORTE Jenny

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseeurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTÉY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUBE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOTRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikael	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMONOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAÏM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
 LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
 PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
 DANIEL Laurent (PU-PH)
 FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
 GARCIA Stéphane (PU-PH)
 XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
 GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
 LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
 MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
 SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
 BRUDER Nicolas (PU-PH)
 LEONE Marc (PU-PH)
 MICHEL Fabrice (PU-PH)
 VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
 PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
 GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
 MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
 VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
 DRANCOURT Michel (PU-PH)
 FENOLLAR Florence (PU-PH)
 FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
 LA SCOLA Bernard (PU-PH)
 RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
 DUBOURG Grégory (MCU-PH)
 GOURIET Frédérique (MCU-PH)
 NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
 NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
 LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
 DESNUES Benoît (MCF) (65ème section)
 MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
 GABERT Jean (PU-PH)
 GUIEU Régis (PU-PH)
 OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
 FROMONOT Julien (MCU-PH)
 MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
 SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
 KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
 LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002		GUERIN Carole (MCU PH)	
ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) BLONDEL Benjamin (PU-PH) CURVALE Georges (PU-PH) FLECHER Xavier (PU PH) <i>PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité</i> ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPIANO Patrick (PU-PH)		CHIRURGIE INFANTILE 5402	
OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)		GUYS Jean-Michel (PU-PH) JOUVE Jean-Luc (PU-PH) LAUNAY Franck (PU-PH) MERROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)	
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702		CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503	
BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony PU-PH) HOUVENAE GHIEL Gilles (PU-PH) LAMBAUDIE Eric (PU-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH)		CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH)	
SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)		FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)	
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103		CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004	
COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loïc (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH)		CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH)	
FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) GRISOLI Dominique (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)		BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)	
CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104		GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201	
ALIMI Yves (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)		BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH)	
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202		GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)	
LEPIDI Hubert (PU-PH)		GENETIQUE 4704	
<i>ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité</i> PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)		DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003	
BERBIS Philippe (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)		BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) MONCLA Anne (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)	
DUSI		NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)	
COLSON Sébastien (MCF)		ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404	
BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)		GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403	
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601		AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) BRETELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)	
AUQUIER Pascal (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH) GENTILE Stéphanie (PU-PH) <i>SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre</i> THIRION Xavier (PU-PH)			
BERBIS Julie (MCU-PH) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)			
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section) TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)			

IMMUNOLOGIE 4703		HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701	
KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH)		BLAISE Didier (PU-PH) COSTELLO Régis (PU-PH) CHIARONI Jacques (PU-PH) GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH) MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH) VEY Norbert (PU-PH)	
FERON François (PR) (69ème section)			
BOUCRAUT Joseph (MCU-PH) CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH) DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH) DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH) VELY Frédéric (MCU-PH)		DEVILLIER Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH) LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH) LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH)	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)		POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)	
		MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603	
MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503		BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH) PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)	
BROUQUI Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH)		TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)	
MILLION Matthieu (MCU-PH)		BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)	
MEDECINE D'URGENCE 4805			
KERBAUL François (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH)		MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905	
MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301		BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)	
BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)		MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602	
EBBO Mikael (MCU-PH)		LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)	
GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)		NEPHROLOGIE 5203	
ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)		BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre BRUNET Philippe (PU-PH) BURTEY Stéphanne (PU-PH) DUSSOL Bertrand (PU-PH) JOURDE CHICHE Noémie (PU PH) MOAL Valérie (PU-PH)	
BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps) CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein) GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)			
NUTRITION 4404		NEUROCHIRURGIE 4902	
DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH)		DUFOUR Henry (PU-PH) FUENTES Stéphane (PU-PH) REGIS Jean (PU-PH) ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH) SCAVARDA Didier (PU-PH)	
ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité BELIARD Sophie (MCU-PH)		CARRON Romain (MCU PH) GRAILLON Thomas (MCU PH)	
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)		NEUROLOGIE 4901	
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)			
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)		ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH) FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH)	

OPHTALMOLOGIE 5502		PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904	
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i>		DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)	
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501		PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803	
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) <i>DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)		BLIN Olivier (PU-PH) <i>FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)	
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502		PHILOSOPHIE 17	
RANQUE Stéphane (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)		LE COZ Pierre (PR) (17ème section) MATHIEU Marion (MAST)	
PEDIATRIE 5401		PHYSIOLOGIE 4402	
ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)		BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGÉON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) <i>DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)</i> DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH) RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)	
PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903			
BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)			
PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16			
AGHABABIAN Valérie (PR)		PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101	
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302		ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) <i>CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre</i> GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH) MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)	
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOITRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)			
REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802		THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804	
GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH) HRAIECH Sami (MCU-PH)		AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH) DAUMAS Aurélie (MCU-PH)	
RHUMATOLOGIE 5001		UROLOGIE 5204	
GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)		BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)	

REMERCIEMENTS

A Monsieur de Professeur René VALERO,

vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie d'avoir pris de votre temps pour juger mon travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Patrice DARMON,

merci pour votre disponibilité. Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

Au Docteur Ludovic CASANOVA,

merci d'avoir accepté de faire partie des membres de mon jury. C'est un privilège d'avoir pu élaborer ce projet avec toi et j'espère que nous le mèneront loin ! Reçois mes sincères remerciements.

Au Docteur Jenny Forte,

ma directrice de thèse, qui a su m'épauler et me guider dans mon travail d'écriture. Ton intérêt et ta curiosité pour la médecine générale sont sans limites, ta bienveillance aussi ! Merci de m'avoir offert cette bouffée d'oxygène pendant ma maîtrise de stage qui m'a permis de me construire et de m'épanouir dans mon travail.

A mes relectrices, pour leur temps et leurs conseils précieux : Jenny Juju, Mamenthe et Ion.

A mon Papé, ma bonne étoile, qui a veillé sur moi pendant ces neuf (parfois longues !) années. Je suis émue et fière qu'un Docteur ESCHARD de plus intègre notre grande et belle famille. J'espère être un aussi bon médecin généraliste que toi.

Papathe, merci de m'avoir donné l'opportunité de réaliser mes études dans les meilleures conditions (et Dieu sait à quel point c'était important pour toi !). Merci pour ta justesse, tes conseils et ton amour. Ta fierté est ma plus belle récompense.

Mamenthe, merci pour ton soutien et ta confiance sans limite. Les colis de prisonniers, ta présence permanente au bout du fil, les « on se motive », tes petits plats et surtout ton amour. J'espère être une mère aussi merveilleuse que toi, merci.

Ma sœur Pauline, grâce à qui j'ai pu passer le cap de la première année ; les plaisirs de Noël, les plats de pâtes à tous les repas, ta bienveillance et bien plus encore. Victor et toi nous avez offert deux petites merveilles, Madeleine et Blanche, dont j'espère pouvoir profiter plus souvent.

Ma sœur Juliette, ma Duny ! Dans quelques années, ça sera ton tour ! Garde ta sensibilité et ta volonté de toujours bien faire qui font de toi une personne merveilleuse. Fais toi confiance ma puce, je t'aime et suis très fière de toi.

Aymeric, à nos rando-ballades-discussions qui nous sont si chères ! Merci pour ton écoute, ta patience et ton soutien durant ces longs week-ends de garde et d'écriture de thèse ! J'espère faire aussi bien pour te soutenir dans tes projets futurs ! A nos nombreux projets tous les deux, la vie est tellement douce avec toi... Je t'aime.

A ma (grande !) famille, je ne peux tous vous citer faute de place mais garde une pensée particulière pour vous tous aujourd'hui !

A Cath et Erick, du berceau à la thèse, en passant par la première année à bord d'une décapotable en écoutant du Francis Cabrel !

Une pensée pour l'ensemble des personnes que j'ai pu apprendre à connaître ces dernières années : Trottinette, Ion, Jame, Bâton, Nacim, Célie, Charlotte, JV, Charline, Méligood, PY, Philbad, Audrey et Alex, Daille, Riobette, Céline, Naunaud, et bien d'autres encore ! Vous avez ensoleillé les routes de mon voyage, j'espère le continuer avec vous.

A Charles, à Mamie.

A mes maîtres de stage et au personnel hospitalier que j'ai pu rencontrer qui m'ont beaucoup appris de la médecine et des relations humaines.

Au Professeur Antoine AVIGNON et son équipe, qui ont su me transmettre leur approche des patients et de la maladie chronique avec une grande écoute.

Et bien sûr aux patients qui par un mot ou un sourire me rappellent pourquoi j'ai choisi cette profession...

*« La stigmatisation de l'obésité
est l'un des racismes les plus violents aujourd'hui.
Et un racisme qui ne dit pas son nom. »*

Jean-Pierre Poulain

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
I. INTRODUCTION.....	3
I.1. Définitions.....	3
I.2. Epidémiologie	4
I.2.A. A l'échelle mondiale	4
I.2.B. A l'échelle française	4
I.2.C. A l'échelle régionale.....	5
I.3. Enjeux de prise en charge	5
I.4. Médecins généralistes, surpoids et obésité	6
I.5. Perspectives de prise en charge	7
II. METHODE	9
II.1. Type d'étude et étapes du travail.....	9
II.2. Objectif principal	9
II.3. Objectif secondaire	9
II.4. Population d'étude	10
II.5. Recherche bibliographique	10
II.5.A. PubMed	10
II.5.B. Cochrane Library	13
II.5.C. Autres moteurs de recherche.....	13
II.6. Méthodologie de réalisation de la FIP	13
III. RESULTATS.....	16
III.1. PubMed	16
III.1.A. Résultats de l'équation de recherche.....	16
III.1.B. Analyse des articles	16
III.2. Cochrane Library	24
III.3. Agences françaises	26
III.3.A. Haute Autorité de Santé.....	26
III.3.A.a. <i>Le bilan initial</i>	26
III.3.A.b. <i>La population concernée</i>	27
III.3.A.c. <i>Objectifs de perte de poids</i>	27
III.3.A.d. <i>Conseils thérapeutiques</i>	28
III.3.A.e. <i>Recommandations sur le plan nutritionnel</i>	28
III.3.A.f. <i>Prescription de l'activité physique</i>	28
III.3.A.g. <i>Approche cognitivo comportementale</i>	30
III.3.A.h. <i>Prise en charge médicamenteuse</i>	30
III.3.B. Santé publique France	30
III.3.B.a. <i>Le Programme national nutrition santé</i>	30

III.3.B.b. <i>Le Plan obésité</i>	32
III.3.C. Direction générale de la santé	33
III.3.D. La Société scientifique de médecine générale (SSMG).....	33
III.4. Agences européennes et internationales.....	35
III.4.A. NICE: The National Institute for Health and Care Excellence	35
III.4.C. LE SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)	38
III.4.D. Recommandations américaines.....	39
III.4.E. Les lignes directrices canadiennes	41
III.4.F. Recommandations de l'Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI).....	43
IV. DISCUSSION.....	45
IV.1. Discussion sur la méthode	45
IV.2. A qui s'adresse la FIP ?	45
IV.3. Construction de la FIP.....	46
IV.3.A. Termes à employer et construction du support.....	46
IV.3.B. Mesures anthropométriques	47
IV.3.D. FIP personnalisable.....	47
IV.3.E. Grands axes de la FIP :	48
IV.3.E.a. <i>Prise en charge nutritionnelle</i>	49
IV.3.E.b. <i>Prescription de l'activité physique</i>	50
IV.3.F. Données non intégrées à la FIP	51
IV.4. FIP et son guide d'utilisation	54
IV.5. Apports de la FIP	57
IV.6. Limites de la FIP et perspectives futures.....	58
IV.6.A. Nécessité de formation des médecins généralistes.....	58
IV.6.B. Approche préalable du patient.....	58
IV.6.C. Prise en charge pluridisciplinaire.....	59
IV.6.D. Vers une prise en charge globale du patient au long terme	59
IV.6.E. Devenir du projet	60
VI. CONCLUSION	61
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	63
ANNEXES.....	68
LISTE DES ABREVIATIONS	78

I. INTRODUCTION

I.1. Définitions

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids divisé par le carré de la taille, exprimé en kg/m^2 (1).

L'OMS définit :

Le surpoids par un IMC égal ou supérieur à 25 kg/m^2 .

L'obésité par un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m^2 .

- Obésité modérée, classe I, IMC entre 30 et $34,9 \text{ kg/m}^2$.
- Obésité sévère, classe II, IMC entre 35 et $39,9 \text{ kg/m}^2$.
- Obésité massive, classe III, IMC égal ou supérieur à 40 kg/m^2 .

L'IMC est la mesure la plus utile du surpoids et de l'obésité dans une population car, chez l'adulte, l'échelle est la même quels que soient le sexe ou l'âge du sujet. Il donne toutefois une indication approximative car il ne correspond pas forcément au même degré d'adiposité d'un individu à l'autre.

Aussi, la mesure du tour de taille est recommandée pour les patients ayant un IMC compris entre 25 et 35 kg/m^2 (le tour de taille se mesure à mi-distance entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque en fin d'expiration). Le tour de taille est un indicateur simple de l'excès de graisse au niveau abdominal chez l'adulte (obésité abdominale). L'excès de graisse abdominale est associé, indépendamment de l'IMC, au développement des complications métaboliques et vasculaires de l'obésité (2).

I.2. Epidémiologie

I.2.A. A l'échelle mondiale

Il existe un large consensus pour dire que l'obésité est une pandémie. La prévalence de l'obésité augmente progressivement ; en effet, l'IMC moyen serait passé à l'échelle de la planète de 21.7 kg/m² à 24.2 kg/m² chez les hommes, et de 22.1kg/m² à 24.4 kg/m² chez les femmes, en l'espace de 40 ans, soit une augmentation de poids de 1.5 kg tous les ans en moyenne. Aujourd'hui, 650 millions d'adultes sont en situation d'obésité sur la planète (105 millions en 1975) soit 13% de la population mondiale adulte avec 375 millions de femmes et 266 millions d'hommes en situation d'obésité en 2014 (3). Cf. annexe 1.

I.2.B. A l'échelle française

En 2012, selon l'enquête ObEpi, 15 % des Français présentaient une obésité et 32,3% un surpoids. L'IMC moyen était passé de 24,3 ± 4,1 kg/m² en 1997 à 25,4 ± 4,9 kg/m² en 2012 soit une augmentation moyenne de 1,1 kg/m² depuis 1997 (4). Cf. graphique annexe 2.

De 2014 à 2016, une nouvelle étude a été réalisée : l'étude Esteban. Cette étude s'inscrit dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS) mis en place par le ministère en charge de la Santé. Elle fait suite à l'Etude Nationale Nutrition Santé (ENNS) menée en 2006.

Il s'agit d'une étude nationale menée en France métropolitaine auprès d'adultes de 18 à 74 ans et d'enfants de 6 à 17 ans, qui portait sur plusieurs aspects de la santé : l'exposition à certaines substances de l'environnement, l'alimentation, l'activité physique et certaines maladies chroniques ou facteurs de risque (diabète, allergies, maladies respiratoires, hypertension artérielle, hypercholestérolémie...).

Elle montrait alors (entre autres) qu'en 2015 :

- 54 % des hommes et 44 % des femmes étaient en surpoids ou obèses (IMC ≥ 25) et que cette prévalence augmentait avec l'âge.
- La prévalence de l'obésité (IMC ≥30) était estimée à 17 %, sans distinction entre hommes et femmes.
- La comparaison des données entre l'étude nationale nutrition santé ENNS-2006

et Esteban-2015 indiquait que la prévalence du surpoids (obésité incluse) restait stable, de l'ordre de 49 % et celle spécifique de l'obésité se maintenait à 17 % pour l'ensemble de la population adulte.

- La prévalence du surpoids (obésité incluse) restait supérieure chez les personnes les moins diplômées.

I.2.C. A l'échelle régionale

Selon le Comité Régional d'Education pour la Santé Provence Alpes Côte d'Azur (CRES PACA), 11,5% des personnes de 18 ans et plus, soit 565 000 environ, sont atteintes d'obésité en région PACA en 2019 (5).

I.3. Enjeux de prise en charge

L'étude de Zheng et al. réalisée en 2017 (6) a permis de mettre en évidence qu'il existe une association entre prise de poids et risque de maladie chronique majeure (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, cancer et décès d'origine non traumatique). L'association devient significative à partir d'un gain de 5 à 9.9kg aussi bien chez les femmes que chez les hommes. Cf. tableau en annexe 3.

Cette étude montre également une association entre IMC et risque de multimorbidité cardiométabolique (développement d'au moins deux pathologies parmi : coronaropathie, accident vasculaire cérébral et diabète de type 2). L'étude a été réalisée sur 10.7 ans en Europe et aux Etats Unis sur 16 cohortes (120813 adultes). Elle retrouvait un risque de mortalité cardiométabolique 5 fois plus élevée chez les personnes en situation d'obésité de classe I et 15 fois plus élevée chez les patients obèses de classe II et III (7). Cf. tableau en annexe 4.

L'enjeu de prise en charge de l'obésité est également de limiter le développement de stéatose hépatique non alcoolique (NAFLD) et de stéato-hépatite non alcoolique (NASH). Les principaux facteurs de risque sont le syndrome métabolique et l'obésité. La prévalence mondiale de la NAFLD a été estimée à 25.2% et 1,5 à 6,45% pour la NASH selon la méta-analyse de Younossi et al. réalisée en 2017 (8).

La NAFLD est une affection caractérisée par une accumulation excessive de graisses dans le foie sous forme de triglycérides (stéatose) (>5% des hépatocytes sont atteints à l'histologie). L'évolution peut se faire vers la NASH avec des lésions des cellules hépatiques ainsi qu'une inflammation en plus d'un excès de graisses.

La maladie peut très bien rester asymptomatique pendant des années ou bien progresser vers une cirrhose et un carcinome hépatocellulaire.

La prise en charge du syndrome métabolique et de l'obésité constitue le pilier principal de prévention mais aussi du traitement de la NAFLD et de la NASH (9).

Aucun médicament efficace pour traiter la maladie n'étant disponible à ce jour, la NASH est en passe de devenir un problème économique et sociétal majeur pour de nombreux pays. La NASH est également associée à un risque plus élevé de maladies cardiovasculaires et, à ce titre, accroît les dépenses de santé mondiales et la pression qui règne sur les systèmes de santé. Enfin, la NASH provoque une détérioration irréversible de la qualité de vie des individus, allant de la fatigue à des symptômes cliniques plus graves, affectant les individus qui travaillent et la productivité des sociétés.

I.4. Médecins généralistes, surpoids et obésité

Régulièrement, l'observatoire de médecine générale de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) répertorie les actes les plus fréquents en consultation de médecine générale. On peut les classer par tranches d'âge et par sexe ou les consulter pour toutes catégories de patient confondu. Concernant le classement des 50 résultats de consultation les plus fréquents, par actes pour tous les patients, pour l'année 2009, le surpoids et l'obésité ne figuraient pas dans le top trente des résultats de consultation (10). Il existe un réel manque à combler dans la prise en charge des problèmes de poids par les médecins généralistes. Est-ce les patients qui ne souhaitent pas consulter pour ce motif ? Est-ce les médecins généralistes qui n'abordent pas le sujet ?

Côté patients, la thèse de J. Chamailard (11) trouvait que 13% des patients en surpoids et 30% des patients obèses avaient déjà eu recours au médecin généraliste pour perdre du poids, avec une différence selon le sexe. Les hommes obèses n'étaient

que 14% à avoir déjà consulté un médecin généraliste pour perdre du poids et ne rencontraient jamais de spécialiste. Pour quelles raisons ? La thèse de J. LUCAS (12) explorait les freins à la prise en charge de l'excès de poids : côté patients toujours, l'absence de prise en charge par leur médecin généraliste était l'un des principaux freins énoncés, ils l'exprimaient de plusieurs manières:

- Le médecin généraliste n'intervenait pas s'il n'y avait pas de complications liées à l'excès de poids.
- Le médecin généraliste faisait souvent passer un autre problème médical en priorité.
- Le manque de temps des médecins généralistes.
- Selon eux, les médecins généralistes n'avaient pas suffisamment de connaissances sur le sujet.
- Le jugement du médecin généraliste.
- Prises en charge disproportionnées, simplistes ou contraignantes de la part de leur médecin généraliste.

Côté médecins généralistes, les freins à la prise en charge des patients les plus fréquents étaient : le manque de motivation des patients, l'absence de formation des médecin généraliste, ou encore le manque de temps lors des consultations (13). Contrairement aux médecins généralistes australiens, seulement une minorité des médecins généralistes français se sentaient bien préparés à la prise en charge des problèmes de poids (14). En région PACA, 79% des médecins généralistes pensaient que la prise en charge des problèmes de poids était de leur ressort mais 66% se sentaient peu ou pas efficaces lors de la prise en charge (15).

I.5. Perspectives de prise en charge

Les médecins généralistes ont la volonté d'améliorer leur prise en charge de l'obésité en améliorant leurs connaissances, en ayant accès à des outils simples ainsi qu'en améliorant leur collaboration avec d'autres professionnels de santé. La nécessité de mise en place d'une cotation spécifique de ce type de consultation a également été soulignée (13). Une seconde étude mettait en valeur le fait que les médecins généralistes étaient principalement demandeurs d'outils pratiques, en particulier de

fiches d'information patient (FIP), pour 77% d'entre eux. Cependant seule la moitié d'entre eux avaient connaissance du Programme National Nutrition Santé (PNNS) et des guides "la santé vient en mangeant" , impossible alors qu'ils le conseillent à leurs patients... (16) .

L'heure est à la communication médecin-malade et tend à s'éloigner de la relation paternaliste qui prédominait il y a encore une cinquantaine d'années ; le patient est donc de plus en plus impliqué dans sa prise en charge, la connaissance de sa maladie et la prise de décisions. C'est pourquoi les programmes d'éducation thérapeutique et les FIP voient le jour. Les patients ont à disposition de multiples sources d'informations (internet, télévision, magazines, etc.), parfois contradictoires et non validées scientifiquement ; il semble donc nécessaire que les médecins généralistes mettent à disposition des sources d'informations fiables pour les patients.

La revue de la littérature de M. SUSTERSIC et A. MENEAU (17) ainsi que la revue de la littérature de Kenny et Al. (18) présentaient les intérêts à la dispensation de FIP ; on retrouvait notamment que l'information écrite complémentaire était un souhait des patients, que les FIP amélioraient la compréhension et la connaissance des patients, stimulaient la discussion, amélioraient la relation médecin-patient, favorisaient une meilleure compliance thérapeutique, une meilleure autonomie et une aide pour les patients à leur prise de décision ainsi qu'une alternative à des prescriptions inutiles.

II. METHODE

II.1. Type d'étude et étapes du travail

Ce travail est une revue de la littérature avec recherche et description des informations trouvées dans les documents existants en matière de conseil patient et de traitement du surpoids et de l'obésité. Après analyse critique des documents trouvés, nous pourrons créer la FIP à partir des données validées par l'Evidence-Based Medicine (EBM).

Les étapes du travail seront donc les suivantes :

- Recherche des données scientifiques et des brochures existantes provenant de comités scientifiques. Les sources seront les suivantes : moteurs de recherche spécialisés en littérature scientifique (PubMed, Cochrane Library), moteurs de recherches généraux (google.fr) et sites des agences de santé européennes et internationales. Les réseaux sociaux, blogs et forums seront exclus de la recherche.
- Description des informations.
- Analyse critique des informations.
- Exploitation des données pour définir le contenu de la FIP selon des critères validés selon l'EBM.
- Création de la FIP.

II.2. Objectif principal

Déterminer les éléments pertinents à inclure dans une FIP à destination des patients adultes en situation de surpoids ou d'obésité de grade I permettant de les informer sur leur maladie et de participer à leur prise en charge.

II.3. Objectif secondaire

Intégrer cette FIP dans une banque de FIP facilement accessible par les médecins généralistes.

II.4. Population d'étude

Critères d'inclusion : L'étude concerne les patients adultes en situation de surpoids (IMC entre 25 et 29.9 kg/m²) et en situation d'obésité de grade I (IMC entre 30 et 34.4 kg/m²).

Critères d'exclusion :

- Selon l'IMC : Nous avons choisi d'exclure les patients ayant un IMC supérieur à 35 du fait de la potentielle indication opératoire. Pour rappel, il existe une indication à la chirurgie bariatrique pour les patients avec un IMC ≥ 40 kg/m² ou avec un IMC ≥ 35 kg/m² associé à au moins une comorbidité susceptible d'être améliorée après la chirurgie (hypertension artérielle, syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) et autres troubles respiratoires sévères, désordres métaboliques sévères, en particulier diabète de type 2, maladies ostéoarticulaires invalidantes, NASH) (19).
- Selon l'âge et situation particulière : enfants, adolescents, femme enceinte. Les situations où il y a une pathologie nécessitant une adaptation nutritionnelle ont été exclues (exemple : hypertension artérielle, diabète, hyperuricémie, ...).

II.5. Recherche bibliographique

II.5.A. PubMed

Afin de réaliser une recherche bibliographique de qualité, nous avons commencé par chercher les termes MeSH (Medical Subject Headings) en lien avec notre sujet via l'outil Hetop (Health Terminology/Ontology Portal) du CHU de Rouen :

Mot clé français	Equivalent en descripteur du thésaurus MESH
Surpoids	Overweight
Obésité	Obesity
Médecins généralistes	General practitioners, Physicians Family, Physicians Primary Care
Chirurgie bariatrique	Bariatrics

Une fois les termes MESH trouvés, nous avons interrogé le moteur de recherche MESH de la NCBI. Nous avons choisi « obesity » comme MeSH major topic. Dans un second temps nous avons choisi des subheadings. Ici, on ne s'intéresse qu'à sa prise en charge et son contrôle donc nous choisissons « therapy », « diet therapy » et « prevention and control » dans les subheadings. La recherche PubMed devient alors:

(« Obesity/diet therapy"[Majr] OR "Obesity/prevention and control"[Majr] OR
"Obesity/therapy"[Majr])

Nous décidons de ne pas inclure les sous catégories des termes MeSH utilisés (pour le terme MeSH « obesity » par exemple, les termes Obesity Hypoventilation Syndrome, Abdominal Obesity, Pediatric Obesity,... sont exclus de la recherche) en cochant la case « Do not include MeSH terms found below this term in the MeSH hierarchy. ». L'équation de recherche devient alors :

(« Obesity/diet therapy"[Majr:NoExp] OR "Obesity/prevention and
control"[Majr:NoExp] OR "Obesity/therapy"[Majr:NoExp])

Même démarche pour ajouter « overweight » à notre recherche avec les mêmes critères appliqués précédemment. L'équation de recherche devient alors:

((« Obesity/diet therapy"[Majr:NoExp] OR "Obesity/prevention and
control"[Majr:NoExp] OR "Obesity/therapy"[Majr:NoExp])) OR ("Overweight/diet
therapy"[Majr:NoExp] OR "Overweight/prevention and control"[Majr:NoExp] OR
"Overweight/therapy"[Majr:NoExp])

Nous précisons la recherche dans notre équation en y ajoutant que l'étude porte sur les médecins généralistes. L'équation devient alors :

((« Obesity/diet therapy"[Majr:NoExp] OR "Obesity/prevention and
control"[Majr:NoExp] OR "Obesity/therapy"[Majr:NoExp])) OR ("Overweight/diet
therapy"[Majr:NoExp] OR "Overweight/prevention and control"[Majr:NoExp] OR
"Overweight/therapy"[Majr:NoExp])

AND

((("General Practitioners"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "Physicians, Primary Care"[Mesh])

Exclusion des articles concernant la chirurgie bariatrique par NOT "Bariatrics"[Mesh].

Concernant les filtres appliqués :

- Articles datant de moins de 10 ans.
- Catégorie d'âge : nous avons ajouté le filtre "All Adult" : il concerne alors tous les patients de plus de 19 ans. Malgré cela, le résultat de la recherche était le même. Nous avons alors spécifié la population d'étude en excluant la population pédiatrique. Il aurait été plus simple d'ajouter uniquement le terme "Adult" plutôt que d'exclure la population pédiatrique ; cependant, la recherche "AND [Adult]" incluait encore des articles concernant la prise en charge pédiatrique. Nous avons donc exclu les mesh termes concernant cette population.

L'équation de recherche finale devient alors :

((« Obesity/diet therapy"[Majr:NoExp] OR "Obesity/prevention and control"[Majr:NoExp] OR "Obesity/therapy"[Majr:NoExp])) OR ("Overweight/diet therapy"[Majr:NoExp] OR "Overweight/prevention and control"[Majr:NoExp] OR "Overweight/therapy"[Majr:NoExp])

AND

((("General Practitioners"[Mesh]) OR "Physicians, Family"[Mesh]) OR "Physicians, Primary Care"[Mesh])

NOT

((("Adolescent"[Mesh]) OR "Child"[Mesh]) OR "Infant"[Mesh])

NOT

"Bariatrics"[Mesh]

II.5.B. Cochrane Library

L'équation de la recherche choisie était : "Obesity" AND "Overweight" NOT "Surgery"

Concernant la date de publication, nous avons sélectionné les articles de moins de dix ans comme pour la recherche précédente.

Les « topics » choisis dans le moteur de recherche étaient :

- "Endocrine & metabolic" > "Obesity & overweight" > "Obesity in adults".

II.5.C. Autres moteurs de recherche

Les recommandations professionnelles disponibles et non obsolètes vont être recherchées. Les documents écrits déjà existants sur le thème vont être identifiés auprès de sociétés savantes et d'agences françaises (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), Haute Autorité de santé (HAS), Santé Publique France) et internationales. Les moteurs de recherche utilisés sont google.fr ainsi que le moteur de recherche docteur.fr, service proposé par "l'association kit médical", proposant de chercher l'information médicale parmi les sources suivantes : grandes revues médicales indépendantes, sites d'évidence based médecine, sites des autorités sanitaires, les sites des sociétés savantes et les bases de données médicamenteuses.

II.6. Méthodologie de réalisation de la FIP

Pour la réalisation de la FIP, nous utiliserons le guide méthodologique pour la réalisation de document d'information patient produit par la HAS (20). Nous nous appuyons sur l'arbre d'élaboration présent dans ce guide pour définir les étapes du travail (Annexe 5).

Analyse de la pertinence de la demande : l'objectif, par la prise en charge de l'obésité et du surpoids, est de diminuer l'incidence des maladies cardiovasculaires, du diabète de type 2, des cancers et des décès d'origine non traumatique.

Thème : il concerne la stratégie de soin ; le but est de comprendre l'intérêt et les bénéfices du développement de compétences pour gérer et mieux vivre avec une maladie chronique ou une situation qui nécessite un apprentissage.

Public visé : patients en situation de surpoids ou d'obésité de grade I.

Objectif : proposer un document papier reprenant les conseils du médecin généraliste prodigués au cours de la consultation, les compléter.

Type de document : feuille de format A4.

Stratégie de diffusion et de mise à disposition du document : le document sera remis au patient par le médecin généraliste, en complément des conseils oraux. L'objectif est de le mettre à disposition ce document sur une banque de FIP disponible en libre accès pour les médecins généralistes.

Identification des données de la littérature scientifique et évaluation : concerne la revue de la littérature de ce travail.

Identifier les documents existants à l'intention du public sur le thème et les évaluer : concerne la revue de la littérature de ce travail.

Faire participer les patients et les usagers à l'identification de leurs besoins et de leurs attentes : cette étape sera effectuée à l'issue de ce travail pour connaître les retours des patients et des médecins généralistes pour réaliser des modifications éventuelles avant diffusion.

Définir le contenu du document, sélectionner les messages essentiels et les points clés définir la structure du document

Appliquer les conseils de rédaction et de présentation, concevoir la maquette : parmi les conseils retenus dans ce guide, nous retenons :

- ton positif, rassurant, encourageant, optimiste, constructif.
- information honnête, pratique, non condescendante.
- personnalisation : utilisation du « vous » et du « nous » plus impliquant.
- vocabulaire d'usage, clair, facile à lire et à comprendre.
- Concernant la mise en page : phrases courtes avec une structure visible, choisir un corps de texte en taille supérieure à 10, choisir l'interlignage (Nb : un interlignage serré réduit la vitesse de lecture). Concernant les photographies, les figures (diagrammes, courbes et graphiques) : une légende rend chaque tableau ou illustration « autosuffisant », il ne doit pas être nécessaire de se rapporter au corps du texte pour les comprendre. De plus, utiliser des caractères foncés sur fond clair.
- mélange équilibré du texte et des illustrations.

Tester la compréhension et la présentation de l'information auprès d'un échantillon de patients et d'usagers : le document HAS mentionne que dans cette approche qualitative, l'obtention d'un échantillon représentatif de patients ou d'usagers n'est pas recherchée ; les participants sont des personnes concernées par le thème. Le nombre de patients requis est volontairement restreint à 10 à 12 personnes maximum et l'enquête peut être effectuée soit par un prestataire extérieur soit un membre du groupe de travail ou par les membres à l'origine du projet qui n'ont pas contribué concrètement à l'élaboration du document écrit d'information.

Les étapes de la mise en situation sont situées en annexe ; modèle fourni par la HAS (Annexe 6).

Finaliser le document : modification du document selon les retours patients et du médecin généraliste. La fiche d'information patient sera testée au cours de consultations de médecine générale (cabinet du Docteur FORTE Jenny) au cours de ce travail : nous pourrons alors connaître les points à améliorer avant élaboration du document final (meilleure compréhension possible du document, utilisation simple, réponse aux attentes du patient, etc...).

Diffuser le document : utilisation d'une banque de FIP.

Évaluer l'impact du document

Nous nous sommes également référé aux grilles d'évaluation des outils pédagogiques fournis par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) (21).

III. RESULTATS

III.1. PubMed

III.1.A. Résultats de l'équation de recherche

La recherche réalisée dans PubMed via l'équation de recherche retrouvait cinquante-trois articles.

Au cours de la lecture des titres et des résumés des articles, nous avons exclu d'emblée 3 articles hors sujet (articles intéressants la population pédiatrique, la grossesse et le coût de l'obésité dans la société).

A noter que nous n'avons pas réussi à nous procurer deux articles (ni résumé ni texte intégral).

Parmi les 48 articles restants, nous avons lu l'ensemble de ces articles et les avons classés dans quatre catégories distinctes :

- Traitement de l'obésité (abord de l'obésité en consultation, prescription d'activité physique, suivi du patient) : dix-neuf articles.
- Dépistage de l'obésité : quatre articles.
- Etat des lieux (pratiques et connaissances des médecins généralistes, obstacles rencontrés dans la prise en charge de l'obésité) : quatorze articles.
- Approche centrée patient, relation, communication (ressenti, attentes, attitudes des patients et des médecins généralistes) : onze articles.

III.1.B. Analyse des articles

Voici l'analyse des 19 articles concernant le traitement de l'obésité :

La revue de la littérature du Dr Elizabeth A. Sturgiss (22) sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité mettait en évidence 16 recommandations internationales sur le sujet. Parmi ces recommandations, 44% suggéraient que les médecins généralistes devaient prendre les mesures anthropométriques et 31% stipulaient que les médecins généralistes devaient dispenser des conseils nutritionnels et d'activité physique.

Une seconde étude du Dr Elizabeth A. Sturgiss (23) mettait en évidence que les médecins généralistes gagnaient en confiance et en auto efficacité après avoir suivi « The Change Program ». Ce programme était basé sur les recommandations australiennes suivant le modèle des cinq « A ». Les « 5 A » constituaient l'approche recommandée pour les médecins généralistes pour structurer la prise en charge des patients obèses. Ce cadre incitait les médecins généralistes à demander (ask) à leur patient l'autorisation, à évaluer (assess) l'individu, à donner des conseils (advise) sur les effets sur la santé et les traitements, se mettre d'accord (agree) avec le patient sur la meilleure voie à suivre et l'aider (assist) à accéder aux services dont il a besoin.

Le programme consistait en un manuel pour le médecin généraliste, un cahier de travail pour le patient et un logiciel informatique. Le programme de changement s'appuyait sur l'un des piliers de la médecine générale, à savoir le « centrage sur le patient ». Pour cette raison, il n'existait aucun objectif direct pour le patient. Pour chaque patient, le généraliste travaillait avec eux en tant qu'individu. Certains recevaient des objectifs d'activité physique, d'autres des conseils nutritionnels ou encore des conseils pour la gestion du temps et le lien social.

Ce programme reposait sur des principes d'autogestion, selon lesquels l'amélioration de la capacité du patient à se soigner lui-même réduisait l'impact d'une maladie chronique sur sa qualité de vie. Il exploitait également le potentiel thérapeutique d'une prise en charge régulière par un praticien de la santé.

Le travail de McGowan et al. (24) identifiait les principaux obstacles à la prise en charge de l'obésité dans le cadre européen des soins primaires et discutait des mesures à prendre pour y répondre. Il reprenait le modèle « 5A » comme cité dans l'article ci-dessus dans l'abord de l'obésité et encourageait l'utilisation d'un langage approprié en évitant les mots blessants et offensants : les termes tels que « poids » et « IMC » étaient plus appropriés que « grande taille », « grosseur » et « lourdeur ». Les auteurs notifiaient qu'il pouvait être utile de souligner que l'obésité était un terme clinique plutôt qu'une description de l'apparence physique afin de réduire la connotation péjorative du terme.

Les auteurs soulignaient la nécessité de formation des médecins généralistes dès le début des études médicales puis par formation médicale continue et lecture des rapports européens et internationaux sur l'obésité. Ils encourageaient également la

formation des médecins généralistes à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et à l'entretien motivationnel.

La dernière partie de leur travail s'axait sur la nécessité de participation de l'entourage dans la démarche de gestion de l'obésité en citant les recommandations du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (25) en encourageant le partenaire ou le conjoint du patient à soutenir le programme de gestion du poids afin de favoriser son succès.

Pour rappel, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) est un organisme dépendant du ministère de la Santé du Royaume-Uni, qui a pour missions principales :

- De publier des orientations et des conseils fondés sur des preuves pour les praticiens de la santé, de santé publique et des services sociaux.
- D'élaborer des normes de qualité et des indicateurs de performance pour ceux qui fournissent et commandent des services de santé, de santé publique et d'aide sociale.
- De fournir une gamme de services d'information aux délégués, aux praticiens et aux gestionnaires de tout le spectre des soins de santé et des services sociaux.

Nous reviendrons sur les recommandations de cette agence sur notre sujet en partie III.4.A.

Le travail de van Avendonk et al. (26) s'appuyait sur les recommandations pour le traitement de l'obésité du Dutch College of General Practitioners (NHG) (27) publiées en 2010. Les recommandations indiquaient que des objectifs réalisables pour la réduction de poids devaient être définis afin de motiver le patient et le médecin généraliste. Une réduction de poids de 5 à 10% chez les adultes avait des effets bénéfiques considérables sur la santé. Ils recommandaient la mesure préalable de l'IMC.

Les auteurs du même travail accentuaient leur travail sur l'adaptation d'un programme de perte de poids à chaque patient en prenant en compte :

- Les plaintes liées à l'obésité (comme la dyspnée, les douleurs articulaires, les symptômes du SAOS) et les troubles psychologiques associés (dépression,

troubles de l'alimentation).

- La motivation personnelle du patient, les facteurs environnementaux et contextuels, le traitement précoce de l'obésité, l'utilisation de médicaments, les habitudes alimentaires et d'exercice ainsi que les problèmes psychosociaux.

Concernant le suivi, la durée de traitement recommandée était d'un an avec contrôle de l'évolution au moins une fois tous les 3 mois au cours des 2 premières années du traitement. Un ajustement continu des facteurs de style de vie (nutrition, exercice physique, comportement alimentaire) était recommandé.

Le traitement proposé était le suivant :

- Une alimentation saine conforme aux « directives néerlandaises pour une bonne nutrition » avec un ajustement permanent des habitudes alimentaires avec aide d'une diététicienne si nécessaire.
- Exercice physique modéré et intensif au moins 1 heure par jour, selon les « directives néerlandaises pour des exercices sains ». Le médecin généraliste pouvait se référer à des programmes d'exercices locaux ou professionnels pour améliorer l'intensité de l'exercice. Le MT pouvait également désigner un kinésithérapeute si le patient présentait une comorbidité telle que des troubles articulaires ou des troubles de l'endurance.
- Mise en place d'une TCC, en particulier si le patient présentait un comportement alimentaire émotionnel ou externe. A cet effet, les auteurs recommandaient la formation des médecins généralistes à la TCC.

L'article de Leedham-Green (28) basé sur des études de cas, établissait une méthodologie nommée « ACTS » visant à aborder plus sereinement l'obésité avec les patients. Cette méthodologie était établie à partir des directives de changement de comportement du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (cf. partie III.4.A.). Ces recommandations permettaient de guider l'entretien afin de balayer les questions autour du poids du patient :

A = ask to ask: "Can I ask you about your weight?".

C = concerns: "Do you have any concerns about your weight?".

T = typical diet: "Can you take me through a typical day's food and drink?".

S = special requirements: "Do you eat a special diet?".

L'essai randomisé de Aveyard et al (29) comparait deux groupes concernant l'activité physique: dans le groupe en intention de traiter, le médecin généraliste donnait une recommandation de douze sessions d'activité physique d'une heure chacune, une fois par semaine ; à l'autre groupe, le médecin généraliste donnait simplement comme information que la perte de poids permettrait d'améliorer l'état de santé du patient, sous forme d'intervention brève de une à trente secondes. Cette étude montrait qu'une intervention sur le comportement délivrée par un médecin généraliste, très brève et de manière opportuniste, était acceptable pour les patients et constituait un moyen efficace pour réduire le poids moyen de la population. A noter que pour le groupe en intention de traiter, la perte de poids des patients était majorée de 1.43 kilogrammes à douze mois.

L'article de Larry A. Richardson (30) exposait que cinq minutes de conseils sur l'obésité étaient tout simplement insuffisantes. La réussite d'un programme de perte de poids comprenait des conseils sur le régime alimentaire et la nutrition, l'exercice, le comportement et les médicaments sur ordonnance, si nécessaire. Il suggérerait aux médecins généralistes de référer leurs patients à un chirurgien bariatrique afin de traiter correctement l'obésité et ses comorbidités.

La revue de la littérature de Van Dillen et al. (31) concluait qu'il semblait nécessaire d'inclure des conseils liés à l'activité physique. En effet, toutes les études réalisées au cours des cinq dernières années incorporent des pratiques d'orientation de l'activité physique.

Un essai contrôlé randomisé multicentrique néerlandais (32) évaluait deux programmes d'exercices physiques chez des patients ayant un IMC de 25 à 35 kg / m², associé aux comorbidités graves suivantes : apnée du sommeil, arthrite, maladie cardiovasculaire et / ou diabète de type 2 et chez des patients ou ayant un IMC de 35 à 40 kg/m² mais sans ces comorbidités graves.

Les deux groupes variaient sur la supervision des patients au cours de leur prise en charge. Les auteurs concluaient que les solutions proposées (entretien motivationnel et conseils spécifiques au patient) pourraient réduire le taux d'abandon au programme, augmentant ainsi les effets possibles de l'intervention et diminuant les dépenses de soins de santé.

L'étude de Haas et al. (33) évaluait l'efficacité d'un programme de perte de poids par des régimes hypocaloriques à base de substituts de repas et cherchait à déterminer si les médecins généralistes pouvaient réaliser des réductions de poids et de graisse corporelles similaires à celles obtenues dans les cliniques de perte de poids, par le biais de substituts complets ou partiels de l'alimentation. Ils concluaient que les médecins généralistes pouvaient gérer et traiter avec succès les patients obèses en utilisant des techniques de modification du comportement associées à des régimes hypocaloriques et substituts de repas.

Le travail de Seidell et al. (34) exposait le travail effectué par The Partnership overweight Netherlands (PON). Il s'agit d'une collaboration d'organisations nationales de prestataires de soins de santé, de compagnies d'assurance maladie et d'associations de patients.

Ce travail avait pour objectif de créer des stratégies de diagnostic et de détection précoce des personnes à haut risque, ainsi que des interventions appropriées en matière de mode de vie pour les personnes en surpoids et obèses et, le cas échéant, des traitements médicaux supplémentaires. Voici leur démarche et les groupes établis ainsi que leur prise en charge :

Les groupes de patients étaient gradés en risque selon l'IMC associés à d'autres critères (Annexe 7) :

- Le risque de maladie cardio vasculaire ou de diabète de type deux via les critères suivants : tour de taille, antécédent familial de diabète de type deux, hypertension artérielle, sédentarité et anomalies de la glycémie à jeun.
- Les comorbidités déjà présentes : diabète de type deux, arthrite, maladie cardiovasculaire, SAOS.

Ensuite, il fallait se reporter à la pyramide de gestion et de prévention de l'obésité en fonction des niveaux de risque pour la santé liés au poids pour connaître les interventions correspondantes (conseils généraux, prise en charge médicamenteuse et/ou chirurgicale, ...) (Annexe 8).

Le temps de traitement proposé était d'un an initialement basé sur un objectif de perte de poids de 5 à 10%, suivi d'un an de prévention des rechutes, puis d'un soutien à long terme pour le maintien du poids et du comportement.

L'étude de Appel et al. (35) comparait trois groupes d'intervention comportementale. Les patients ayant un suivi à distance et un suivi en consultation montraient des pertes de poids plus importantes que pour les groupes sans suivi. Les interventions répétées montraient donc un effet significatif sur la perte de poids.

Une étude comparait les effets des conseils alimentaires et d'activité physique dispensés par un infirmier diplômé d'état par rapport à ceux habituellement prodigués par le médecin généraliste (36). A l'exception d'une augmentation de la marche (basée sur des données auto-déclarées) dans le groupe du suivi par l'infirmier, aucun effet d'intervention sur l'activité physique et le régime n'avait été observé.

Le travail de Kushner (37) sur le traitement de l'obésité citait notamment l'étude de Tsai et Wadden (38) comparant trois types de prise en charge : les conseils seuls en soins premiers, les conseils associés à une prise en charge pharmacologique et la prise en charge multidisciplinaire. Les pertes de poids dans les groupes de traitement actif des 3 catégories d'études allaient respectivement de 0,1 à 2,3 kg, de 1,7 à 7,5 kg et de 0,4 à 7,7 kg. Trois autres articles étaient cités sur des programmes de prise en charge du poids :

Le premier concernait la prise en charge de l'hypertension artérielle chez des patients hypertendus de grade 1 (pression artérielle systolique entre 140 et 159 mmHg et/ou PA diastolique entre 90 et 99 mmHg) et ayant un IMC compris entre 25 et 40 (39). Le régime alimentaire hypocalorique associé à des séances de travail en groupe hebdomadaire avec une nutritionniste ainsi qu'à des séances de TCC montrait des résultats de perte de poids et de baisse de la tension artérielle beaucoup plus importants que dans le groupe réalisant uniquement les séances hebdomadaires avec la nutritionniste.

Le second article comparait deux groupes de traitement de perte de poids, un régime faible en glucides et cétogène et l'Orlistat associés à un régime faible en gras chez des patients présentant un IMC de 27 à 30 ou maladie liée à l'obésité avec un IMC supérieur ou égal à 30, quelle que soit la comorbidité (40). Les deux groupes assistaient à des réunions bihebdomadaires en petits groupes d'une à deux heures pendant vingt-quatre semaines, puis une fois par mois pendant vingt-quatre semaines,

sous la conduite d'une diététicienne, d'un assistant de recherche et d'un médecin généraliste. Il était conseillé à tous les participants de s'entraîner seuls pendant trente minutes au moins trois fois par semaine. Les pertes de poids ont été similaires dans les deux groupes.

Le troisième article (41) permettait de vérifier si, après une brève formation, les médecins généralistes pouvaient mettre en œuvre une perte de poids efficace pour les individus dont l'IMC était compris entre 40 et 60.

Les médecins généralistes étaient formés sur les thérapeutiques basées sur les recommandations pour la gestion de l'obésité, notamment la pharmacothérapie, les régimes hypocaloriques et les interventions comportementales.

Un groupe suivait un programme de perte de poids tandis que le second groupe bénéficiait d'un suivi régulier associé à un régime alimentaire (hypocalorique, puis très structuré, puis associé à une prise en charge médicamenteuse). À la deuxième année, parmi les 51% de participants ayant terminé l'intervention médicale intensive, la perte de poids moyenne était de -9,7%, contre -0,4% parmi les 46% de participants du programme de soins habituel.

Les auteurs concluaient que les pratiques de soins primaires pouvaient initier une prise en charge médicale efficace de l'obésité extrême.

Les auteurs de cette revue concluaient que les médecins généralistes en soins primaires pouvaient faire face à l'obésité mais manquaient de formation et de méthode concrète pour l'organisation des soins. Ils citaient alors le livret publié par l'American Medical Association, qui passait en revue l'évaluation et le traitement de l'obésité, en tant que ressource utile et pratique pour la mise en œuvre des soins de l'obésité (42). Ce guide listait les équipements adaptés à la prise en charge des patients obèses au cabinet : taille des chaises en salle d'attente, matériel médical adapté (brassard tensionnel, balance mesurant au-delà de 158 kilogrammes, ...), éviter les magazines prônant la maigreur en tant qu'idéal, chaises larges, etc...

Il existait également dans ce guide un paragraphe concernant les questionnaires et documents d'information pouvant être fournis aux patients obèses.

Les auteurs suggéraient la mise en place d'un questionnaire médical qui pouvait leur être envoyé et complété avant la première visite, dans la salle d'attente. Les sections du formulaire comprendraient des questions sur la participation passée à des programmes de traitement de l'obésité, les antécédents sur le plan pondéral, les

niveaux actuels de régime alimentaire et d'activité physique, le soutien social, les objectifs et les attentes.

L'article de Colbert de Jangi (43) envisageait le traitement de l'obésité par la formation des médecins à une connaissance rigoureuse des fondements biologiques et physiopathologiques de l'obésité (mécanisme de régulation faim, satiété, genèse du diabète,...). Ils encourageaient la maîtrise des entretiens motivationnels dans un contexte de prise en charge de patients souffrant de « maladies liées au mode de vie ». Aussi, ils expliquaient qu'une gestion réussie de l'obésité exigeait que les étudiants apprennent à fonctionner en tant que membres d'équipes de soins interdisciplinaires : médecins, infirmiers, assistants médicaux, assistants sociaux, nutritionnistes et comportementalistes. La dernière partie de leur travail était axée sur le financement : ils proposaient de récompenser les cliniciens qui préservaient la santé de leurs patients.

Un second article concernait également la formation des médecins dès l'université à la prise en charge de l'obésité (44). Au premier cycle, ils suggéraient que l'éducation sur l'obésité soit dispensée tout au long du programme selon diverses méthodes d'enseignement : conférences, études de cas, discussions en petits groupes, jeux de rôle, patients standardisés et apprentissage par cours scientifiques tels que la biochimie. L'article notifiait également que cette formation devrait être renforcé par une formation continue.

III.2. Cochrane Library

L'équation de recherche retrouvait 7 articles ; nous les avons classés par catégories à partir de leur titre et de leur résumé :

- Trois concernaient le traitement de l'obésité
- Trois concernaient la grossesse.
- Un était hors sujet.

Voici l'analyse des trois articles concernant le traitement de l'obésité :

Le travail de Tian et al. (45) étudiait la supplémentation en picolinate de chrome chez les patients en surpoids ou obèse versus placebo. Le chrome est un nutriment

essentiel (oligo-élément) nécessaire pour réguler le métabolisme en glucides, en protéines et en graisses. Le chrome augmente l'activité de l'insuline et les suppléments alimentaires à base de chrome ont donné lieu à des améliorations dans le métabolisme au niveau du glucose, ce qui pourrait diminuer la glycémie. Le chrome engendrerait également une perte d'appétit et stimulerait la production de chaleur par le corps, augmentant la dépense énergétique. Cela pourrait contribuer à la perte de poids. Les résultats montraient que les patients ayant bénéficié d'une supplémentation en picolinate de chrome avaient perdu davantage de poids (1kg en 8 à 24 semaines) que les patients ayant reçu le placebo.

La revue de la littérature de Wieland et al. (46) analysait des essais randomisés ou quasi-randomisés dans lesquels une intervention informatisée interactive était comparée à : l'absence de traitement, à un traitement limité comme les soins habituels ou la documentation sur papier puis à un traitement par une personne pour aider à perdre du poids ou à ne pas en reprendre.

Les auteurs concluaient que par rapport à l'absence d'intervention ou à des interventions minimales (brochures, soins habituels), les interventions informatisées interactives étaient efficaces pour la perte et la non-reprise de poids. En comparaison avec les interventions par une personne, les interventions informatisées interactives aboutissaient à une moindre perte de poids et à un moins bon maintien du poids. La perte de poids supplémentaire était cependant relativement faible et de courte durée, ce qui conférait à ces différences une signification clinique incertaine.

La revue de la littérature de Jurgens et al. (47) concernait le thé vert dans son utilisation dans la perte de poids et son maintien. Cette revue avait examiné 15 études sur la perte de poids et trois études mesurant le maintien du poids dans lesquelles un type de préparation au thé vert était administré à un groupe. Les résultats étaient comparés à ceux d'un groupe recevant un témoin.

En résumé, la perte de poids chez les adultes ayant pris une préparation au thé vert avait été statistiquement non-significative et très faible, et il était peu probable qu'elle soit cliniquement importante. Des résultats semblables avaient été obtenus dans les études qui utilisaient d'autres manières de mesurer la perte de poids (indice de masse corporelle, tour de taille). Les études examinant l'effet des préparations au thé vert sur

le maintien du poids n'avaient montré aucun bénéfice comparé à l'utilisation d'une préparation témoin.

L'article de Mastellos et al. (48) concernait l'utilisation des étapes du changement de Prochaska et DiClemente (modèle transthéorique) (Annexe 9). Leur modèle décrivait une série de cinq étapes de changement que franchissait une personne lorsqu'elle passait d'un comportement malsain à un comportement sain.

Dans cette revue, les auteurs avaient évalué l'utilisation de ce modèle dans les programmes de gestion du poids pour adultes en surpoids et obèses, surtout en terme d'effet sur la perte de poids, les habitudes alimentaires, l'activité physique et les changements comportementaux (comparés à une prise en charge sans utilisation du modèle de Prochaska et DiClemente).

Ils concluaient que l'utilisation du modèle de Prochaska et DiClemente en association avec un régime alimentaire ou l'activité physique, ou les deux, fournissait des preuves non concluantes concernant l'impact de ces interventions sur la perte de poids durable. Cependant, d'autres effets positifs avaient été notés, tels que des changements dans l'activité physique et les habitudes alimentaires, y compris une augmentation de la durée et de la fréquence d'exercice, une réduction de l'absorption des graisses et une augmentation de la consommation de fruits et légumes. Les études ne rendaient pas compte d'autres critères de jugement importants tels que la qualité de vie liée à la santé, les maladies (la morbidité) et les coûts économiques.

III.3. Agences françaises

III.3.A. Haute Autorité de Santé

III.3.A.a. Le bilan initial

L'argumentaire de la HAS publié en septembre 2011 (2) recommandait de retracer l'histoire du patient (signes fonctionnels et facteurs favorisant le surpoids et l'obésité, comorbidités, habitudes alimentaires, niveau d'activité physique, stress psychologique et social, style de vie, environnement, facteurs familiaux et sociaux, l'envie et la motivation à changer).

III.3.A.b. La population concernée

- *Selon le poids* : patients en surpoids chez qui l'objectif est avant tout de ne pas prendre de poids. En cas de tour de taille élevé, l'objectif est de stabiliser le poids, de réduire le tour de taille et de prévenir une prise de poids supplémentaire.

En cas de comorbidité associée, l'objectif est la perte de poids et/ou la réduction du tour de taille.

Patients en situation d'obésité : la prise en charge de l'obésité comporte : la perte de poids, la prise en charge des comorbidités, la stabilisation pondérale et la prévention de la prise de poids.

- *Selon la motivation* : il convenait d'évaluer la motivation du patient via les étapes de changement d'après Prochaska et DiClemente (Annexe 5). Les auteurs expliquaient que la prescription d'un régime alimentaire ou d'une médication à une personne qui se trouve en phase pré contemplative n'a que peu de sens. Des patients peuvent ne pas être intéressés ou motivés par la perte de poids car ils n'ont pas conscience que leur poids est un problème, ou ils ne sont pas intéressés à changer (phase de pré contemplation), ou ils sont conscients du problème mais ils ont juste commencé à penser à modifier leur poids (phase de contemplation). Au cours des premières phases, il ne s'agit pas d'aider le patient à modifier ses habitudes alimentaires ou de le faire maigrir mais bien de l'aider à développer une meilleure motivation. Pour motiver un patient à changer de comportement, l'« entretien motivationnel » était une bonne méthode. Fournir des informations sur les risques pour la santé associés à l'obésité et les bénéfices potentiels pour la santé à perdre du poids pouvait être approprié pour les personnes qui n'étaient pas prêtes à changer.

III.3.A.c. Objectifs de perte de poids

La HAS recommandait une perte pondérale de 5 % à 15 % par rapport au poids initial comme objectif réaliste et suffisant pour l'amélioration des principales comorbidités.

Toutefois une baisse plus importante pouvait être souhaitable en cas d'obésité morbide (IMC > 40 kg/m²) ou lorsque la gravité des comorbidités l'imposait.

III.3.A.d. Conseils thérapeutiques

La HAS basait ses recommandations après analyse des données fournies par les sociétés savantes suivantes : National Institute for Health and Care Excellence (NICE), du SIGN, de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), les lignes directrices canadiennes, la Société scientifique de médecine générale (SSMG) et les recommandations européennes (analysées précédemment dans ce travail).

La synthèse HAS recommandait une prise en charge plurifactorielle : éducation diététique, conseils d'activité physique, approche psychologique et suivi médical que le médecin généraliste pouvait assurer dans bon nombre de cas.

III.3.A.e. Recommandations sur le plan nutritionnel

Les auteurs préconisaient :

- De proposer des mesures simples et personnalisées adaptées au contexte et permettant au patient de retrouver une alimentation équilibrée et diversifiée (ne pas sauter de repas, contrôler les portions, ne pas se resservir, prendre le temps de manger, éviter le grignotage, diversifier les repas etc.)
- De reconnaître et de lever les tabous alimentaires, les fausses croyances, les sources de frustration et de désinhibition.
- De proposer au patient de modifier ses comportements d'achat des aliments, le mode de préparation des repas.
- Les changements de comportement devaient être prolongés sur le long terme.
- Les régimes très basses calories (moins de 1000 kilocalories (kcal) par jour) n'étaient pas indiqués sauf cas exceptionnels.

Ces recommandations sont listées sur une fiche conseil disponible en annexe 10.

III.3.A.f. Prescription de l'activité physique

La HAS avait créé des recommandations sur la prescription de l'activité physique basées sur la position de consensus de la Société française de médecine du sport sur la prescription d'une activité physique chez des adultes ayant une obésité (49), d'un articles des annales d'endocrinologie (50) et de la société française de nutrition dans le cadre du PNNS (51).

Voici les axes de prises en charges qui en découlaient :

- L'éducation thérapeutique visait à encourager les patients à augmenter leur

activité physique même s'ils ne perdaient pas de poids et à réduire le temps consacré à des activités sédentaires.

- L'activité physique quotidienne devait être présentée comme indispensable au même titre que le sommeil ou l'hygiène corporelle.
- L'évaluation du risque cardio-vasculaire global devait être réalisée avant la reprise d'une activité physique. En fonction de son intensité et des comorbidités, elle pouvait justifier un avis cardiologique (si présence de facteurs de risque cardiovasculaires et âge supérieur à quarante-cinq ans)
- Les patients devaient être encouragés à effectuer au moins cent cinquante minutes par semaine d'activité physique d'intensité modérée pouvant être fractionnée en plusieurs sessions d'au moins dix minutes : marche rapide, jardinage léger, ramassage des feuilles, danse de salon, vélo et natation, aqua gym, ski alpin.
- Pour tirer un bénéfice supplémentaire pour la santé les adultes devaient augmenter la durée de leur activité physique d'intensité modérée de façon à atteindre trois cents minutes par semaine ou pratiquer cent cinquante minutes par semaine d'activité physique d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activité d'intensité modérée et soutenue.
- Le type d'activité physique devait être expliqué et négocié avec le patient en fonction de ses possibilités et de sa motivation. Tout nouvel effort par rapport à la situation antérieure devait être valorisé et encouragé.
- Le médecin généraliste pouvait avoir recours à un professionnel en activités physiques adaptées en cas d'objectif thérapeutique initial non atteint ou en cas de demande du patient (enseignants en activités physiques adaptées (APA) et santé, masseurs-kinésithérapeutes et éducateurs sportifs (intervenant dans les clubs et associations sportives). Éventuellement proposer au patient, pour obtenir des informations sur ce qui existe localement, de contacter la mairie ou le service prévention santé de la mairie de la commune ou de la communauté de communes, voire l'Agence régionale de santé, ainsi que les associations de patients ou d'usagers du système de soins.

III.3.A.g. Approche cognitivo comportementale

La HAS recommandait un suivi psychologique des patients par le médecin généraliste et au besoin par un spécialiste. Elle recommandait l'utilisation de la TCC qui avait fait ses preuves dans la prise de charge de l'obésité, améliorant également le lien médecin malade.

III.3.A.h. Prise en charge médicamenteuse

La prise en charge médicamenteuse n'était pas recommandée par la HAS au regard de son efficacité modeste, des effets indésirables, notamment digestifs, et des interactions médicamenteuses (entre autres avec les anticoagulants et les contraceptifs oraux).

III.3.B. Santé publique France

III.3.B.a. Le Programme national nutrition santé

Le PNNS (52) a été lancé en janvier 2001 et a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Le programme a été prolongé en 2006 puis en 2011. Le PNNS est le fruit du travail de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui a été récemment intégré à l'agence Santé Publique France.

Les objectifs du PNNS sur le plan nutritionnel sont les suivants :

- Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment dans les populations à risque (augmenter la consommation de fruits et légumes, réduire la consommation de sel, améliorer la répartition des macronutriments dans les apports énergétiques sans alcool, ...).
- Réduire l'obésité et le surpoids dans la population.
- Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges.

Sur le plan nutritionnel, pour les adultes de 18 à 74 ans, ils recommandent :

- Fruits et légumes Au moins 5 par jour.
- Pain, céréales, pommes de terre, légumes secs : à chaque repas et selon l'appétit.
- Lait et produits laitiers : 18-54 ans : 3 par jour et 3 à 4 par jour pour les 55 ans et plus.

- Viandes, volailles, produits de la pêche, œufs : une à deux fois par jour ; poisson au moins une fois par semaine.
- Matières grasses ajoutées : limiter la consommation, privilégier les matières grasses végétales.
- Produits sucrés : limiter la consommation.
- Boissons : de l'eau à volonté, limiter les boissons sucrées. Ne pas dépasser deux verres d'alcool par jour pour les femmes et trois pour les hommes.
- Sel : limiter la consommation.

Neuf fiches repères de conseils alimentaires ont été créées et sont accessibles en ligne aux professionnels de santé et aux patients. En lien avec notre travail il existe notamment :

- Au moins 5 fruits et légumes par jour sans effort.
- Les féculents, un Plaisir à chaque repas.
- 3 produits laitiers par jour ? Vive la variété !
- Comment manger moins sucré ?

Le PNNS a également créé des guides alimentaires pour différents types de patients (adolescents, femmes enceintes, enfants, ...) ; ces guides peuvent être téléchargés en ligne mais il existe également un lien pour les commander en version papier. En lien avec notre sujet d'étude il existe notamment :

- La santé vient en mangeant, le guide alimentaire pour tous, publié en 2001 : il s'agit d'un guide de 113 pages prodiguant des conseils pour chaque type de personnalité et habitudes de vie donnant des conseils adaptés pour chacun : « je manque souvent au fast food », « je saute des repas, je n'ai pas le temps de manger », « je ne cuisine pas », « je n'aime pas certains aliments », « je reçois souvent, j'aime faire la fête », etc...
- La santé vient en bougeant : ce guide de 35 pages expose les bénéfices de l'activité physique, propose un questionnaire d'évaluation de l'activité physique, puis dispense des conseils personnalisés à chaque type de patient par chapitre : « Je veux faire ce qu'il faut pour protéger ma santé », « Je n'ai pas le temps de pratiquer une activité physique », « Je n'ai pas la force de faire 30 minutes d'activité physique chaque jour », « J'ai de bonnes raisons pour ne pas faire de sport », « Je suis sportif ou déjà très actif ». Chaque chapitre donne

des conseils adaptés et un témoignage de patient présentant la même problématique.

La plateforme « mangerbouger pro » est destinée aux professionnels du secteur social, aux professionnels de l'éducation, aux collectivités locales et aux professionnels de santé.

La rubrique destinée aux professionnels de santé informe sur :

- Les déterminants de l'état nutritionnel.
- La nutrition et pathologies.
- Le dépistage des troubles nutritionnels.
- Comment mener une démarche d'éducation pour la santé.
- Informer et accompagner ses patients.
- Description des outils du PNNS.
- L'activité physique : définitions, types d'activité, intensité et mesure, caractéristiques de la pratique d'activité physique en fonction de l'âge, les effets de l'activité physique et de la sédentarité, les recommandations et l'évaluation de la pratique de l'activité physique et des comportements sédentaires du patient.

La plateforme « mangerbouger.fr » est destinée aux patients quant à elle et donne accès aux fiches repères et aux guides détaillés ci-dessus ainsi qu'à la fabrique à menu. La fabrique à menu permet de générer un semainier avec des recettes proposées pour chaque repas. On y trouve également des informations sur les sujets d'actualité et des propositions de recettes.

III.3.B.b. Le Plan obésité

Le Plan Obésité (PO) (53) établi de 2010 à 2013 s'articule et complète le PNNS par l'organisation du dépistage, de la prise en charge des patients ainsi que par une dimension importante de recherche. Le PNNS et le PO sont présentés conjointement dans la partie précédente concernant la prise en charge nutritionnelle (partie III.4.B.a).

III.3.C. Direction générale de la santé

L'ANSES avait été saisie le jeudi 2 avril 2009 par la Direction générale de la santé (DGS) d'une demande d'évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement. Les régimes retenus dans ce rapport (54) avaient été sélectionnés sur la base de leur popularité apparente, c'est-à-dire ceux le plus fréquemment cités sur Internet ou ceux correspondant aux livres les plus vendus dans le commerce ou sur Internet.

Les principaux risques sanitaires liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement étaient : déséquilibre nutritionnel et adaptation métabolique, risques osseux, risque cardio-vasculaire, risque de reprise du poids, conséquences comportementales des régimes amaigrissants (notamment développement de troubles du comportement alimentaire).

III.3.D. La Société scientifique de médecine générale (SSMG)

La SSMG (55) dans son rapport de 2006 basait sa prise en charge sur trois piliers : la prise en charge nutritionnelle, la TCC et les conseils concernant l'exercice physique. Il était écrit que l'association de conseils diététiques, de conseils comportementaux et d'activité physique était plus efficace dans la réduction de poids et le maintien de ce poids que chacun de ces traitements pris séparément. Le traitement prenait effet dès lors que les patients avaient un IMC supérieur à 25.

Sur le plan nutritionnel ils recommandent :

- Qu'un régime alimentaire à restriction calorique équilibré se caractérise par trois repas avec trois petites collations.
- De ne pas sauter de repas.
- Une limitation de la consommation de graisses et de sucres rapides.
- La base de chaque repas doit être composée d'une source de sucres lents riches en fibres (pommes de terre, pain complet, riz ou pâtes complets).
- D'abandonner les en-cas (sucreries, chips, noix, biscuits, boissons rafraîchissantes, boissons alcoolisées).
- Les boissons rafraîchissantes « light » peuvent éventuellement être prises à la place des boissons rafraîchissantes classiques mais entretiennent l'habitude au

goût « sucré ».

- D'utiliser la margarine plutôt que le beurre.
- De privilégier les fruits et légumes.
- De limiter les graisses.

La SSMG évoquait dans son article le programme d'amaigrissement commercial « Weight Watchers » dans le cadre du traitement de l'obésité en notifiant qu'aucune comparaison n'avait été faite entre le programme d'amaigrissement et un traitement actif avec suivi en pratique de médecine générale.

Sur le plan comportemental :

L'objectif était de limiter les stimuli alimentaires en :

- Mangeant à heures fixes, en un lieu fixe et sans exécuter en même temps d'autres activités.
- Mettant sur la table des quantités tout juste suffisantes et en débarrassant les aliments restant immédiatement après le repas.
- Faisant ses achats l'estomac plein et avec une liste rédigée au préalable.
- Proposant au patient de déposer les couverts entre chaque bouchée, de manger le pain avec couteau et fourchette, ou même d'abandonner les couverts pour des baguettes.

Sur le plan de la prescription d'activité physique :

L'augmentation continue de l'activité physique était surtout importante pour maintenir la réduction pondérale. *Ils recommandaient :*

- Que l'activité physique soit intégrée autant que possible à la vie de tous les jours (opter pour les escaliers plutôt que pour l'ascenseur, se déplacer à pied ou à vélo pour se rendre au magasin au lieu de prendre la voiture, ...) et de limiter les « activités sédentaires » (regarder la TV...).
- De se promener trois fois par semaine durant une demi-heure constituant un point de départ réaliste.
- Avec augmentation progressive de l'intensité et de la fréquence de l'activité physique.

Ils ne recommandaient pas le recours au traitement médicamenteux.

III.4. Agences européennes et internationales

Nous avons également exploré les recommandations européennes et internationales dont la plupart ont été citées dans le document HAS (partie III.4.a.) ainsi que dans d'autres articles cités dans notre bibliographie.

III.4.A. NICE: The National Institute for Health and Care Excellence

Nous avons précédemment abordé les recommandations du NICE dans la partie III.1. Voici l'analyse détaillée des recommandations de 2014 en lien avec notre travail (56) :

Les auteurs préconisaient :

- De convenir avec le patient de la prise en charge et d'adapter les composantes du programme de gestion du poids aux préférences du patient, de sa forme physique initiale, de son état de santé et de son mode de vie.
- D'offrir un suivi régulier et non discriminatoire à long terme par un professionnel qualifié.
- De mettre en place un suivi de l'IMC et du tour de taille du patient.
- Ils recommandaient de donner un objectif de perte de poids.

Le NICE avait établi des catégories à risque de patients basées sur le tour de taille et l'IMC ; plus le tour de taille et l'IMC étaient élevés, plus le risque augmentait. La prise en charge se faisait selon le degré de risque allant du simple conseil diététique à la considération du traitement médicamenteux et chirurgical en passant par la prescription de conseils nutritionnels et d'activité physique.

Les interventions à plusieurs composantes constituaient le traitement de choix (stratégies de changement de comportement pour augmenter le niveau d'activité physique des personnes ou réduire l'inactivité physique, amélioration du comportement alimentaire, amélioration de la qualité du régime alimentaire et réduction de l'apport énergétique).

Communication :

Ils préconisaient de fournir des informations dans des formats et dans une langue adaptée au patient en utilisant un langage courant, sans jargon, et en expliquant tous les termes techniques utilisés.

Concernant la prescription d'activité physique ils recommandaient :

- D'encourager les adultes à augmenter leur niveau d'activité physique même s'ils ne perdaient pas de poids, en raison des autres bienfaits qu'il pouvait apporter sur la santé (réduction du risque de diabète de type 2 et de maladie cardiovasculaire).
- D'encourager les adultes à faire au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée ou supérieure à 5 jours ou plus par semaine. L'activité pouvait être en une session ou en plusieurs sessions d'une durée de 10 minutes minimum.

Durée et intensité de l'activité physique :

- Pour prévenir l'obésité, la plupart des patients pouvaient avoir besoin de faire entre 45 et 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée par jour, en particulier s'ils ne réduisaient pas leur apport énergétique.
- Ils recommandaient alors d'informer les personnes obèses et ayant maigri qu'elles devaient faire 60 à 90 minutes d'activité physique par jour pour éviter de reprendre du poids.

Type d'activité physique : activités pouvant être intégrées à la vie quotidienne, telles que la marche rapide, le jardinage ou le cyclisme ; des programmes d'exercices supervisés, d'autres activités telles que la natation, visant à monter un certain nombre de marches par jour ou d'escaliers.

Lutte contre la sédentarité : encourager les personnes à réduire le temps d'inactivité, par exemple à regarder la télévision, à utiliser un ordinateur ou à jouer aux jeux vidéo.

Concernant la prise en charge nutritionnelle ils recommandaient :

- Une adaptation des changements alimentaires aux préférences alimentaires du patient et permettant une approche flexible et individuelle de la réduction de

l'apport calorique.

- De ne pas utiliser de régimes restrictifs et nutritionnellement déséquilibrés, car ils étaient inefficaces à long terme et pouvaient être nocifs.
- D'encourager les patients à améliorer leur régime alimentaire même s'ils ne maigrissaient pas, car cela pouvait avoir d'autres effets bénéfiques sur la santé.
- La principale exigence d'une approche alimentaire pour perdre du poids était que l'apport énergétique total soit inférieur à la dépense énergétique.

Concernant l'apport calorique :

- Une restriction calorique de 600 kcal par jour (ce qui signifie que l'apport alimentaire contient 600 kcal de moins que l'apport alimentaire dont a besoin la personne pour garder le même poids) ou les régimes pauvres en matières grasses, associés à un suivi intensif, étaient recommandés pour une perte de poids durable.
- Ils n'excluaient pas les régimes hypocaloriques (800-1600 kcal / jour), mais mettaient en garde sur le fait qu'ils avaient moins de chances d'être complets sur le plan nutritionnel.
- Ils ne recommandaient pas l'utilisation systématique de régimes très hypocaloriques (800 kcal / jour ou moins) pour gérer l'obésité.
- Le régime devait être complet sur le plan nutritionnel.

Suivi :

- Le régime hypocalorique devait être suivi pendant un maximum de 12 semaines (de manière continue ou intermittente).
- Le patient suivant le régime devait recevoir un soutien clinique continu.
- Ensuite, il fallait encourager les patients à avoir une alimentation équilibrée au long terme.

Concernant la prise en charge médicamenteuse :

Elle ne devait être discutée qu'en seconde intention (échec des mesures diététiques, d'activité physique et d'approche comportementale). Elle devait être utilisée pour maintenir le poids plutôt que pour continuer à en perdre.

Il existe des recommandations concernant la chirurgie bariatrique qui n'ont pas été explorées dans notre travail (hors sujet).

III.4.C. LE SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

Nous avons analysé les recommandations Ecossaises publiées en 2010 (57).

Les auteurs affirmaient qu'il existait des preuves cohérentes pour dire qu'un régime associé à l'activité physique était plus efficace pour perdre du poids que le régime seul. Les programmes de gestion du poids devaient inclure l'activité physique, les changements alimentaires et les composantes comportementales.

Les auteurs envisageaient la mise en place de programmes de gestion du poids par internet.

Concernant la prise en charge diététique :

Les interventions diététiques pour la perte de poids doivent être calculées pour produire un déficit énergétique de 600 kcal / jour. Les programmes devaient être adaptés aux préférences alimentaires de chaque patient. Leurs recommandations sur le plan nutritionnel étaient basées sur les recommandations du NICE (étudiées dans la partie III.5.A.).

Concernant la prescription d'activité physique :

Des objectifs d'activité clairs et réalistes devaient être définis et les personnes devaient être encouragées à utiliser les mécanismes de soutien appropriés afin d'augmenter leurs chances de maintenir leur activité à long terme. Par exemple, des interactions régulières avec des professionnels, la possibilité de participer à des séances de groupe et le soutien des membres de la famille et des autres personnes participant au programme d'exercice.

Les personnes en surpoids et obèses devaient être sensibilisées aux avantages non négligeables pour la santé d'un mode de vie actif, dont beaucoup sont indépendants de la perte de poids. Par exemple, diminution du risque de maladie cardiovasculaire, opportunités sociales accrues, amélioration de la confiance en soi.

Les personnes en surpoids et obèses devaient se voir prescrire un volume d'activité physique égal à environ 1 800-2 500 kcal / semaine. Cela correspondait à environ 225 à 300 min par semaine d'activité physique d'intensité modérée (pouvant être atteint au moyen de cinq séances de 45 à 60 minutes par semaine).

Concernant l'aspect comportemental :

Des interventions psychologiques individuelles ou en groupe devaient être incluses dans les programmes de gestion du poids. La gamme d'interventions et de stratégies psychologiques devaient comprendre :

- L'autosurveillance du comportement et des progrès.
- Le contrôle du stimulus (le patient apprenait à reconnaître et à éviter les déclencheurs qui provoquent une alimentation imprévue).
- La restructuration cognitive (modification des pensées et schémas de pensée inutiles).
- L'établissement d'objectifs
- La résolution de problèmes, la formation à l'affirmation de soi.
- Le ralentissement de la vitesse de prise des repas.
- Le renforcement des changements, la prévention des rechutes et les stratégies pour faire face à la reprise de poids.

Concernant la prise en charge médicamenteuse :

Les auteurs recommandaient l'Orlistat comme un complément des interventions axées sur le mode de vie dans la gestion de la perte de poids. Le traitement médicamenteux pouvait être envisagé pour les patients présentant un IMC ≥ 28 kg / m² (avec des comorbidités) ou un IMC ≥ 30 kg / m² après évaluation de la balance bénéfice- risque.

Les recommandations concernant la chirurgie bariatrique n'ont pas été analysées.

III.4.D. Recommandations américaines

Nous allons analyser les recommandations américaines publiées conjointement par l'U.S. Department of Health and Human Services et l' U.S. Department of Agriculture en décembre 2015 pour les années 2015 à 2020 (58).

Les principales recommandations proposaient de suivre un régime alimentaire sain tout au long de sa vie, de faire attention à la diversité, à la composition nutritionnelle et aux quantités de nourriture consommées. Aussi, de limiter les apports de sucres ajoutés et de graisses saturées et de réduire la consommation de sel, de préférer des aliments et des boissons saines et nutritives et d'encourager son entourage à adopter un régime sain. Chaque catégorie d'aliment (graisses, produits laitiers, protéines, fruits et légumes, ...) était listée avec les éléments qui en faisaient partie en notifiant : leur teneur calorique, leurs caractéristiques, avantages et inconvénients ainsi que l'équivalence avec d'autres aliments.

Concernant l'activité physique, ils recommandaient :

- Que tous les adultes devaient éviter l'inactivité. Certaines activités physiques valaient mieux que rien et les adultes pratiquant une activité physique quelconque avait des bienfaits pour la santé.
- Pour des bénéfices considérables pour la santé, les adultes devaient faire au moins 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité modérée, ou 75 minutes par semaine d'activité physique aérobique à haute intensité, ou une combinaison équivalente d'activité physique modérée et intense. L'activité aérobique devait être pratiquée par épisodes d'au moins 10 minutes et, de préférence, répartie sur toute la semaine.
- Pour des bienfaits supplémentaires et plus larges sur la santé, les adultes devaient augmenter leur activité physique aérobique à 300 minutes par semaine d'intensité modérée, ou à 150 minutes par semaine d'activité physique aérobique de forte intensité, ou une combinaison équivalente d'activité physique modérée et intense. Des bénéfices supplémentaires pour la santé étaient obtenus en pratiquant une activité physique au-delà de cette quantité.
- Les adultes devaient également inclure des activités de renforcement musculaire qui impliquent tous les principaux groupes de muscles deux jours ou plus par semaine.

Nb : l'activité physique aérobique consomme l'oxygène comme source principale de combustion des sucres fournissant l'énergie à l'organisme. Il s'agit des activités physiques d'endurance ayant un bénéfice sur le métabolisme des graisses et sur la fonction cardio vasculaire (entre autres). L'activité physique anaérobie quant à elle met

en jeu la voie de l'acide lactique. Il s'agit préférentiellement des activités physiques d'intensité importante sur une durée courte (musculature par exemple). Elle permet de développer la force musculaire mais a des effets moindres sur le métabolisme des graisses, à moins d'être réalisée de manière répétée.

III.4.E. Les lignes directrices canadiennes

Les lignes directrices canadiennes publiées en 2006 (59) recommandaient en premier point la mesure de l'IMC et du tour de taille. Les auteurs ont créé un algorithme de prise en charge allant du diagnostic du surpoids et de l'obésité, puis l'évaluation des comorbidités et enfin la prise en charge.

Les objectifs sont les suivants :

- Une perte de poids même modeste, de 5 % à 10 % du poids corporel, était bénéfique.
- Le maintien de la perte de poids sans reprise de poids constituait l'objectif à long terme.

L'équipe de santé devait ensuite construire un programme de changement du mode de vie :

- Nutrition : réduire de 500 à 1000 kcal par jour l'apport en énergie
- Activité physique : commencer par 30 minutes d'intensité modérée, de 3 à 5 fois par semaine, pour atteindre éventuellement ≥ 60 minutes quotidiennement ou presque. Ajouter l'entraînement d'endurance.
- TCC

Si échec de ces mesures :

- Pharmacothérapie si $IMC \geq 27 \text{ kg/m}^2$ + facteurs de risque ou $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$
- Chirurgie bariatrique

Les auteurs recommandaient l'intervention d'une équipe de soins composée :

- D'un professionnel de santé chargé de la coordination (pouvant être un médecin généraliste, un médecin spécialiste ou un infirmier diplômé d'état : mise à contribution des membres de la famille, établissement des objectifs et discussion sur les potentiels obstacles rencontrés.

- D'un professionnel de l'alimentation.
- D'un professionnel de l'exercice (kinésithérapeute).
- D'un psychologue clinicien.

Concernant la prise en charge nutritionnelle :

Les auteurs recommandaient que les conseils donnés aux patients soient dispensés par un professionnel de santé qui possédait une expertise en gestion de l'alimentation. En effet, la plupart des médecins n'avaient pas suffisamment de temps à consacrer à la prise en charge de l'alimentation et pouvaient ne pas avoir l'expertise nécessaire pour recommander un plan de traitement fondé sur l'alimentation. Le recours à un professionnel de santé qualifié et chevronné (de préférence une diététicienne) était recommandé afin de dispenser des conseils sur l'alimentation et appliquer un plan optimal fondé sur l'alimentation afin d'atteindre et de maintenir un poids santé.

Ils suggéraient qu'une alimentation à forte teneur en protéines ou à faible teneur en gras comme traitement possible à court terme (6 à 12 mois) était raisonnable pour des adultes obèses dans le cadre d'un programme de perte de poids.

Les substituts de repas pouvaient être considérés comme un élément d'une alimentation à teneur réduite en énergie chez certains adultes intéressés à entreprendre un programme de perte de poids fondé sur l'alimentation.

Il en allait de même pour la prescription d'activité physique par un spécialiste de l'activité physique :

Les conseils d'un professionnel de l'exercice (kinésithérapeute) s'imposaient. Ils recommandaient une activité physique de 30 à 60 minutes par jour d'intensité moyenne.

Les auteurs recommandaient un suivi au long terme avec entretiens réguliers.

Pour terminer, ils écrivaient qu'il faudrait diffuser les lignes directrices dans un format simple et clair qui serait bien accueilli et accepté par les patients.

III.4.F. Recommandations de l'Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)

L'ICSI est une fondation américaine basée dans le Minnesota ; les auteurs avaient créé une base de recommandations en 2013 (60) que nous allons étudier ci-dessous.

Les auteurs recommandaient d'utiliser des outils tels que des affiches et des brochures dans tout l'établissement pour aider à identifier et informer les patients des risques de l'obésité pour la santé.

Ils suggéraient l'utilisation de l'entretien motivationnel pour savoir si les patients étaient prêts à entamer une démarche de perte de poids, notamment en utilisant les stades de changements étudiés précédemment dans notre travail ainsi que le modèle 5A (partie III.I.B).

Concernant la prise en charge nutritionnelle :

La principale caractéristique d'un programme de perte de poids était que l'apport énergétique total devait être plus faible que la dépense énergétique.

- Les régimes pauvres en glucides permettaient une perte de poids à court terme (3 à 6 mois) plus rapide que les régimes hypocaloriques classiques.
- Les régimes basses calories permettaient une perte de poids modérée chez les personnes qui adhéraient aux programmes d'une durée de 3 à 18 mois.
- Les régimes pauvres en lipides permettaient une perte de poids modérée, au bout de 3 à 6 mois. Des pertes de poids plus élevées avaient été constatées chez les personnes avec un poids initial plus élevé.
- Les régimes très basses calories produisaient une perte de poids importante en 12 à 17 semaines mais la perte de poids n'était pas maintenue à 1 ou 2 ans en l'absence de poursuite du régime ou de soutien comportemental. Des programmes de perte de poids inférieurs à 800 kcal/j apportaient peu de bénéfices en terme de perte de poids.
- L'utilisation de substituts de repas était associée à une perte de poids significative maintenue à 2 ans de recul parmi les personnes ayant suivi le programme.

Concernant l'activité physique :

Les auteurs recommandaient 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée trois fois par semaine.

Ils avaient mis en place différentes fiches (disponibles en annexe de leur travail) à compléter avec le patient :

- Quels sont vos objectifs ? Pourquoi ? A combien évaluez-vous votre motivation entre 0 et 10 ? Quelles actions pouvez-vous envisager de réaliser et maintenir au long terme ?
- Grille de réalisation de l'entretien motivationnel avec les questions à poser.
- Activité physique : Texte à trous avec les activités physiques réalisables à l'intérieur, à l'extérieur, seul ou en groupe ; semainier avec les activités physiques prévues.

IV. DISCUSSION

IV.1. Discussion sur la méthode

Concernant la population d'étude, nous avons fait le choix de ne pas intégrer à l'étude les patients présentant un IMC au-delà de 35 kg/m² du fait de la potentielle indication à la chirurgie bariatrique. Ce choix est discutable car l'indication opératoire est posée pour des critères d'IMC et en deuxième intention après échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit pendant 6 à 12 mois (19). La FIP pourrait donc être utilisée dans un premier temps avant indication opératoire et donc chez l'ensemble des patients ayant un IMC supérieur à 25.

Les FIP ne s'adaptent pas aux situations particulières où une adaptation nutritionnelle est indiquée, notamment l'hyperuricémie, le diabète de type II, l'hypercholestérolémie, etc. qui peuvent s'associer à l'obésité et au surpoids. C'est pourquoi ce travail est réalisé dans l'objectif plus large de s'intégrer à une banque de FIP où le médecin généraliste pourra choisir la FIP en lien avec la pathologie traitée. Les futurs internes intéressés par notre projet se verront alors proposer d'alimenter cette banque de données.

IV.2. A qui s'adresse la FIP ?

La FIP s'adresse à des patients (2):

- En surpoids chez qui l'objectif est avant tout de ne pas prendre de poids. En cas de tour de taille élevé, l'objectif est de stabiliser le poids, de réduire le tour de taille et de prévenir une prise de poids supplémentaire.
En cas de comorbidité associée, l'objectif est la perte de poids et/ou la réduction du tour de taille.
- En situation d'obésité avec un IMC compris entre 30 et 35. La prise en charge comporte : la perte de poids, la prise en charge des comorbidités, la stabilisation pondérale et la prévention de la prise de poids.

ET

- Selon leur motivation (2,60): la FIP s'adresse aux patients prêts à engager le processus de changement, à savoir les patients en phase décisionnelle, active

et de consolidation des étapes de changement de Prochaska et DiClemente (Annexe 5). Si les patients ne souhaitent pas s'engager dans le changement, inutile de convenir d'une démarche de prise en charge nutritionnelle, d'activité physique et de changement du comportement alimentaire dans la mesure où ce programme doit être décidé conjointement entre le médecin et le patient.

Toutefois, l'utilisation du modèle de Prochaska et DiClemente en association avec un régime alimentaire et/ou l'activité physique fournissait des preuves non concluantes concernant l'impact de ces interventions sur la perte de poids durable mais présentait d'autres effets positifs tels que des changements dans l'activité physique et les habitudes alimentaires (augmentation de la durée et de la fréquence d'exercice, une réduction de l'absorption des graisses et une augmentation de la consommation de fruits et légumes). C'est pour cette raison que nous avons tout de même souhaité intégrer cette dimension dans la réalisation de la FIP.

IV.3. Construction de la FIP

IV.3.A. Termes à employer et construction du support

L'objectif est de créer un support dans un format simple, clair et recevable : Il semble important de ne pas utiliser de termes péjoratifs tels que « grosseur », « lourdeur » et préférer des termes neutres tels que « IMC », « poids », ... (20,24). Nous utiliserons une langue adaptée au patient en utilisant un langage courant, sans jargon, et en expliquant tous les termes techniques utilisés (56,59).

La FIP sera ensuite construite selon les étapes et recommandations du guide méthodologique pour la réalisation de document d'information patient de la HAS (20). Nous choisirons de structurer la FIP de manière à ce qu'elle soit la plus intuitive possible mais proposerons tout de même un guide d'utilisation en annexe de la FIP.

IV.3.B. Mesures anthropométriques

D'après nos recherches, il semble intéressant d'intégrer à la FIP une zone où noter le suivi des mesures anthropométriques (22,37,44,56,59) et les objectifs de perte de poids raisonnables (5 à 10% du poids actuel (26,34,59) voire 5 à 15% du poids (2)). A noter que pour certains auteurs, il ne semble pas nécessaire de fixer un objectif de poids (23,24). Les avis sont donc partagés sur la détermination ou non d'objectifs de perte pondérale. Nous nous référons alors aux recommandations de la HAS préconisant une perte de 5 à 15 % par rapport au poids initial (2).

Le poids sera donc un élément à réévaluer à chaque consultation, ainsi que le tour de taille. En effet, pour les patients en surpoids avec un tour de taille élevé, il est recommandé (entre autres) de réduire le tour de taille.

IV.3.D. FIP personnalisable

Il peut être envisageable de fournir aux patients un questionnaire à remplir à la maison ou en salle d'attente afin de retracer l'histoire pondérale, les habitudes alimentaires et d'activité physique, les objectifs et attentes du patient ainsi que le niveau de soutien de l'entourage dans cette démarche (42). Cette démarche peut permettre de répondre à une problématique de manque de temps des médecins généralistes. Il faut cependant que la consultation programmée soit dédiée à la prise en charge du surpoids ou de l'obésité afin que le questionnaire soit fourni au patient d'une consultation à l'autre ou lui soit fourni à l'arrivée au cabinet.

C'est pour cette raison que nous proposerons aux médecins généralistes de confier la FIP à leur patient d'une consultation à l'autre afin de les impliquer d'autant plus dans la prise en charge.

Aussi, la HAS recommande de réaliser des consultations dédiées à la prise en charge de l'obésité (2). Il est donc préférable de reconvoquer le patient pour réaliser une consultation dédiée au surpoids ou à l'obésité s'il ne s'agissait pas du motif de consultation initial.

Le modèle des « 5A » présenté dans la partie résultat (23,24), propose un modèle centré sur le patient. Il semble donc intéressant de réaliser une FIP personnalisable pour chaque patient. Les conseils spécifiques au patient permettent de favoriser l'adhésion au programme afin de réduire le taux d'abandon et les dépenses de soin de santé (32).

C'est pour cette raison que nous laisserons la liberté au patient de choisir les mesures nutritionnelles et d'activité physique qu'il souhaite adopter ; un juste milieu entre autonomie et guidance du patient.

Ainsi, le médecin et le patient décideront des mesures à mettre en place en prenant en compte les plaintes du patient (dyspnée, douleurs articulaires, ...), les pathologies associées (pathologies articulaires, pathologies psychiatriques telles que la dépression,...) ainsi que son environnement (26).

Les conseils spécifiques au patient réduiront ainsi le taux d'abandon au programme, augmentant ainsi les effets possibles de l'intervention et diminuant les dépenses de soins de santé (32).

IV.3.E. Grands axes de la FIP :

Dans la prise en charge de l'obésité, il convient d'aborder les axes suivants (2,55–57,59,61) :

- Connaître sa maladie
- Conseils d'activité physique
- Éducation diététique
- Une approche psychologique
- Suivi médical régulier

L'objectif sera de convenir avec le patient de la prise en charge et d'adapter les composantes du programme de gestion du poids aux préférences du patient, de sa forme physique initiale, de son état de santé et de son mode de vie (2,56).

IV.3.E.a. Prise en charge nutritionnelle

Aucun régime ne sera proposé dans la FIP au vu du risque pour la santé, comme exposé dans le rapport ANSES (54) sur les pratiques alimentaires d'amaigrissement (partie III.3.D.). Le NICE (56) (partie III.4.A.) excluait également les régimes restrictifs et nutritionnellement déséquilibrés. Nous ne prendrons alors pas en compte les recommandations nutritionnelles du SSMG recommandant un régime à restriction calorique et l'utilisation éventuelle du régime « weight watchers » (55).

La fiche conseil de la HAS (2) disponible en annexe 6 est axée sur la modification comportementale de l'alimentation. On y trouve des conseils allant de l'achat à la prise des repas en passant par leur préparation ainsi que le temps qui s'écoule entre deux repas. Ces mesures sont simples et peuvent être proposées à l'ensemble des patients. Les mesures comportementales proposées par la SSMG, le SIGN seront également prises en compte (listées en partie III.4.B. et III.4.C.)

Le PNNS (52) a édité des fiches concernant les proportions de chaque catégorie d'aliments pour les 18 à 74 ans, bien connues du grand public via la diffusion dans les médias ; nous choisissons de ne pas faire de doublon et encourageons les professionnels de santé de les mettre à disposition en salle d'attente (possibilité de commande en ligne). Il existe d'autres fiches détaillées en partie III.3.B.

Nous proposerons un accès au site du PNNS « mangerbouger.fr » sur notre FIP afin de faire bénéficier au patient d'une ressource documentaire fiable et complémentaire à la FIP. Il pourra alors avoir accès aux sujets d'actualités, aux questions fréquentes, à des conseils personnalisés, à la fabrique à menus, etc...

Une étude concluait que les médecins généralistes pouvaient obtenir des pertes de poids semblables à celles obtenues en clinique via des modifications comportementales et des substituts de repas (33). Il semble cependant important que la prise en charge de l'obésité se fasse à moindre coût pour les patients sachant que l'obésité touche des populations à faible niveau de revenus. L'achat de substituts alimentaires hypocaloriques semble incompatible avec un traitement de l'ensemble des patients obèses et en surpoids.

Concernant la forme de la fiche patient pour la prise en charge nutritionnelle, nous proposerons différentes mesures (comportementales, diététiques, d'acquisition des aliments et de prise des repas). Parmi ces mesures, le patient en choisira trois par consultation, à mettre en place d'une consultation à l'autre. Volontairement, nous mettrons à disposition plus de mesures que le nombre de consultations prévues. En effet, il n'est pas indispensable que l'ensemble des mesures soient mises en place à la fin du suivi : certaines seront peut-être déjà appliquées par le patient, ne correspondront pas à son mode de vie, etc...

IV.3.E.b. Prescription de l'activité physique

Intégrer des conseils d'activité physique dans la prise en charge de l'obésité est bénéfique d'après plusieurs auteurs (31). De plus, une intervention sur l'activité physique, même brève, semble être un moyen efficace pour réduire le poids moyen des patients.

La prescription d'activité physique doit donc intégrer les obstacles des patients ainsi que les facteurs environnementaux (26,62). Il semble important d'inciter les patients à faire participer leur entourage dans leur démarche (24,59).

Le plus souvent, l'activité physique recommandée est d'intensité modérée allant de 2h30 par semaine à 1h par jour (2,26,56–59).

Selon les goûts du patient, on détermine l'activité choisie ; il peut s'agir d'un sport (cyclisme, natation, aquagym, marche rapide). Il est également recommandé d'intégrer au maximum l'activité physique à la vie quotidienne : tâches ménagères, jardinage, ramassage des feuilles, nombre d'escaliers montés, déplacements à pieds ou en vélo (2,55,56). Sans oublier de notifier aux patients que toute activité physique vaut mieux que rien et présente des bienfaits pour la santé (58).

Il va de soi d'ajouter une note de lutte contre la sédentarité (nombres d'heures passées devant un écran notamment) (56).

Concernant la réalisation de la FIP, nous pourrions nous inspirer des fiches proposées par l'ICSI (60) : le texte à trous avec les activités physiques réalisables à l'intérieur, à

l'extérieur, seul ou en groupe ainsi que le semainier avec les activités physiques prévues.

Les fiches du PNNS concernant l'activité physique pourront également être lues par les patients via le lien d'accès à la plateforme du PNNS mangerbouger.fr. Cela permettra de compléter les conseils donnés par le médecin généraliste.

IV.3.F. Données non intégrées à la FIP

Cette FIP vise à proposer une information sur la prise en charge nutritionnelle ainsi que sur l'activité physique. Nous avons alors choisi de ne pas intégrer la prise en charge médicamenteuse de l'obésité, d'autant qu'elle n'est pas recommandée (2,55) au regard de son efficacité modeste, des effets indésirables, notamment digestifs, et des interactions médicamenteuses (entre autres avec les anticoagulants et les contraceptifs oraux) ou seulement en seconde intention (56,59). Seul le SIGN le recommandait en première intention (57) en association aux autres mesures.

Nous nous sommes appuyés sur l'article de la revue Prescrire de mars 2009 pour lister les médicaments ayant été / étant proposés dans la prise en charge de l'obésité, leurs bénéfices et effets indésirables (63):

- Les amphétamines (dont la sibutramine (SIBUTRAL®)) : efficacité décevante et effets indésirables cardiovasculaires. La Sibutramine inhibe la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline ; elle est satiétogène et augmente la thermogénèse, contribuant ainsi à la perte de poids. L'étude SCOUT (Sibutramine Cardiovascular OUTcomes) versus placebo avait montré une nette majoration du nombre de complications cardio-vasculaires chez les patients traités par Sibutramine (infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux), entraînant un retrait de la mise sur le marché en 2010 (64).
- Le Rimonabant (ACOMPLIA®) : il agit en bloquant des récepteurs spécifiques appelés récepteurs cannabinoïdes CB1, présents dans le cerveau, le tissu adipeux et le foie. En bloquant ces récepteurs, le Rimonabant régule la prise alimentaire et le stockage des graisses. Il a été retiré du marché en 2008 en raison d'une efficacité moindre que celle attendue et du risque avéré de troubles

dépressifs (dépressions parfois sévères, tentatives de suicide, décès par suicide) (65).

- L'Orlistat 120 mg (XENICAL®) : disponible depuis 1999 sur ordonnance pour le traitement de l'obésité ; il diminue l'absorption digestive des graisses. Dans ce cadre, il apporte parfois une petite aide aux mesures non médicamenteuses. L'orlistat est devenu autorisé dans l'Union européenne pour être accessible sans ordonnance en gélules à 60 mg, sous le nom d'ALLI®.

Les auteurs rapportaient qu'en 2009, *« l'évaluation clinique de l'orlistat ne montrait toujours pas d'effet sur les complications cliniques de l'obésité. Elle confirme que dans les essais cliniques, par rapport aux seules mesures non médicamenteuses, l'ajout de 60 mg à 120 mg d'orlistat pris 2 à 3 fois par jour pendant 6 mois à 12 mois amène, en moyenne, une perte de poids d'environ 3kg. De nombreuses personnes restent en surpoids. Un an après l'arrêt du traitement, un retour au poids initial est fréquent »*.

Ils rapportaient également que *« les effets indésirables digestifs de l'Orlistat surviennent chez plus de la moitié des personnes, notamment : pertes anales graisseuses, diarrhées (parfois avec saignements), incontinences fécales, douleurs abdominales, etc... Les diarrhées dues à l'Orlistat réduisent la biodisponibilité de médicaments tels que les contraceptifs oraux, ce qui expose les femmes à une grossesse non désirée. Une fréquence accrue de fractures osseuses avec l'Orlistat a été rapportée lors d'un essai clinique chez des adolescents. Une diminution de l'absorption des vitamines liposolubles, dont la vitamine D, est plausible. De rares cas de pancréatites et d'hépatites ont été rapportés, ce qui incite à arrêter l'Orlistat en cas de fortes douleurs abdominales »*.

Les auteurs de la revue recommandaient alors de promouvoir les mesures non médicamenteuses, à savoir : une diététique réfléchie, une activité physique adaptée et un soutien personnalisé. *« Pour les personnes obèses ou en surpoids, l'Orlistat n'est au mieux qu'une aide transitoire pour perdre du poids s'il est associé aux mesures non médicamenteuses. Il n'y a pas à en attendre de "miracle". Le rendre accessible sans*

ordonnance expose davantage de personnes aux effets indésirables fréquents de l'Orlistat pour un bénéfice au mieux minime et fugace ».

Dans cette même démarche, nous avons décidé de ne pas intégrer à notre travail la prescription de compléments alimentaires ou aliments pouvant potentiellement accélérer la perte de poids (45,47).

La psychothérapie et l'utilisation de la TCC (2) font partie intégrante de la prise en charge de l'obésité mais ne peuvent être intégrées dans ce type de FIP. Elles devront être réalisées par le médecin généraliste ou déléguées à d'autres professionnels de santé (psychologue notamment). Par ailleurs, nous avons ajouté à la FIP un tableau que le patient complètera sur ses plaintes liées à la maladie ; ce tableau permettra au médecin de mieux connaître le patient et de lui proposer une prise en charge adaptée à ses plaintes et ses complications. Il permettra également au patient d'améliorer sa motivation à vouloir prendre en charge sa maladie afin de réduire les complications en lien avec celle-ci ; permettant ainsi d'améliorer sa qualité de vie...

IV.4. FIP et son guide d'utilisation

Comprendre le surpoids et l'obésité



Comprendre ma maladie

Qu'est-ce que l'IMC ?

L'indice de masse corporelle (IMC) est une mesure simple du poids par rapport à la taille couramment utilisée pour estimer le surpoids et l'obésité chez l'adulte. Il correspond au poids (en kilogrammes) divisé par le carré de la taille (en mètres). Ils'exprime en kg/m^2 .

Qu'est-ce que le surpoids et l'obésité ?

Le surpoids et l'obésité se définissent comme une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé. Le surpoids correspond à un IMC entre 25 et 30 kg/m^2 et l'obésité à un IMC supérieur à 30 kg/m^2 .



Me soigner

Comment puis-je stabiliser mon poids ou en perdre ?

- Je me fais aider par les professionnels de santé et mon entourage.
- J'améliore ma façon de manger.
- Je fais de l'activité physique.

Quels sont les bénéfices attendus?

Des bénéfices sur la santé sont attendus dès lors que l'on perd 5 à 10 % du poids initial.

Quels sont les risques pour ma santé ?

- Développement de maladies du cœur et des vaisseaux. Formation de caillot dans les veines.
- Anomalie de régulation du sucre (diabète).
- Accumulation de graisse dans les vaisseaux (hypercholestérolémie).
- Troubles respiratoires (apnées du sommeil).
- Douleurs au dos, aux genoux, aux hanches (arthrose).
- Mauvais fonctionnement du foie par accumulation de graisse et risque de cancer.
- Cancer et décès prématuré



Je vais plus loin

www.mangerbouger.fr



- Idées de menus et recettes
- Astuces, conseils et actualité

Organiser mon suivi

Nom:

Prénom:

Taille:



- Ma maladie me pose problème car:

Je suis essouffé(e)	Je me sens déprimé(e)	J'ai mal aux articulations
Je fais des apnées du sommeil	J'ai mal au dos	

- Suivi des mensurations



Objectif de perte de poids (5 à 15% du poids initial) : - kg

Consultation	Initiale	3 ^{ème} mois	6 ^{ème} mois	9 ^{ème} mois	12 ^{ème} mois
Date					
Poids (kg)					
Tour de taille (cm)					
IMC (kg/m2)					

- Mesures nutritionnelles



Objectif : mettre en place trois mesures à chaque consultation. Je coche les mesures choisies:

Boire 1.5L d'eau/j	Limitier les aliments gras	Eviter de me resservir	Apprendre à lire les étiquettes sur les emballages
Manger à table	Prévoir les menus à l'avance	Eviter de laisser le plat sur la table	Varier mon alimentation
Manger lentement, poser mes couverts entre 2 bouchées	Faire une liste de courses	Être sensible aux sensations de faim et de satiété	Eviter de grignoter
Eviter les boissons sucrées	Manger des fruits et légumes de saison	Faire participer mon entourage dans ma démarche	Eviter les plats industriels

- Activité physique

Objectif : réaliser 2h30 d'activité physique par semaine. Augmenter progressivement la durée d'exercice ou la fréquence d'une consultation à l'autre.



	Laquelle ?	Avec qui ?	Durée ?
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			
Dimanche			

Exemple: marche, laver les vitres ou la voiture, pétanque, danse, vélo, aller faire les commissions à pieds, natation, remplacer le temps devant la télévision par une activité,...

Guide d'utilisation de la fiche d'information patient

A destination des professionnels de santé

Cette fiche est à destination des patients en situation de surpoids (IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$) ou d'obésité de grade I (IMC entre 30 et 34,9 kg/m^2) souhaitant mettre en place un processus de changement.

Elle contient des explications simples sur la maladie et son traitement pour compléter les informations dispensées au cours de votre consultation. Elle pourra également vous servir de support au suivi du patient et vous aider à structurer votre entretien.

La fiche est propre à chaque patient, vous la complétez avec lui et lui confiez en lui demandant de la rapporter à chaque consultation, qui aura lieu idéalement tous les trois mois pendant un an.

Voici les étapes proposées :

- Recueil de l'identité du patient et sa taille en mètres (pour le calcul de l'IMC)
- Recueil des plaintes du patient en lien avec sa maladie

Ce tableau permettra au patient d'identifier ses difficultés en lien avec la maladie ; le patient cochera les éléments qui le concernent. Si certains éléments ne sont pas listés, ils pourront être ajoutés dans les cases vides. La perte de poids aura pour objectif de réduire ces complications impactant sur la qualité de vie du patient.

- Suivi des mensurations

Vous trouverez un tableau où chaque colonne correspond à une consultation. Vous noterez à chaque consultation la date, le poids, le tour de taille et l'IMC correspondant. Au cours de la première consultation, vous calculerez quelle est la perte de poids à envisager (5 à 15% du poids initial) et la noterez dans la partie prévue à cet effet au-dessus du tableau.

Pour rappel : la mesure du tour de taille se fait à mi-distance entre la crête iliaque et la dernière côte, à la fin d'une expiration.

- Mesures nutritionnelles

Parmi les mesures nutritionnelles proposées, vous demanderez au patient d'en choisir trois et de les cocher dans la case située à droite de chacune. A la consultation suivante vous pourrez discuter avec le patient de son ressenti vis à vis des mesures choisies, de leur succès ou encore de leur échec. Il choisira alors de mettre trois nouvelles mesures en place selon le même procédé.

- Activité physique

L'objectif à terme est de réaliser au minimum 2h30 d'activité physique par semaine en augmentant progressivement la fréquence et la durée des activités. Vous adapterez en fonction des désirs du patient, de ses capacités physiques, de l'activité physique actuelle, etc... Vous complétez le semainier en convenant d'une ou plusieurs activités (à l'intérieur et/ou à l'extérieur) en spécifiant avec qui il la réalise ainsi que la durée d'exercice.

Note importante : les traitements médicamenteux de l'obésité tels que l'Orlistat (XENICAL®) ne sont pas recommandés au vu des bénéfices moindres sur la perte de poids et des effets secondaires.

IV.5. Apports de la FIP

Une revue systématique récente mettait en évidence qu'un changement de comportement lié à la nutrition était possible dans le peu de temps disponible d'une consultation standard, améliorant les indicateurs de risque de maladie chronique chez les patients et qu'il était peu probable qu'il augmente considérablement la charge de travail des médecins généralistes (66). Cette FIP peut donc faire suite aux conseils du médecin généraliste et donner l'occasion de prévoir une consultation dédiée à cette problématique.

Aussi, l'information écrite complémentaire réalisée dans ce travail permettra de répondre à un souhait des patients d'améliorer leur compréhension et leurs connaissances sur leur maladie et son traitement. Cette FIP aura aussi pour bénéfice de stimuler la discussion, améliorer la relation médecin-patient, favoriser une meilleure compliance thérapeutique et une meilleure autonomie du patient dans sa prise en charge. En effet, le travail de M. SUSTERSIC (17) avait mis en évidence les bénéfices cités ci-dessus liés à la dispensation d'information écrite aux patients. Cette auteure avait également créé un répertoire de 125 fiches patient nous permettant de nous appuyer sur un travail réalisé préalablement à l'université de Grenoble.

Il existe de nombreux outils d'aide à la structuration de l'alimentation, de conseils alimentaires, d'activité physique, etc... Il est parfois difficile pour les patients de distinguer les informations validées scientifiquement de celles qui ne le sont pas. C'est d'ailleurs le cas pour les régimes bien connus et utilisés du grand public qui ont été condamnés dans le rapport ANSES (54). Nous avons alors la volonté d'orienter les patients vers une ou des ressources documentaires fiables. C'est pourquoi nous avons choisi de citer le site du PNNS « mangerbouger.fr » dans notre FIP qui propose de nombreuses ressources documentaires à destination des médecins généralistes mais aussi des patients.

La littérature scientifique met à disposition des médecins généralistes des stratégies thérapeutiques pour la prise en charge de l'obésité et du surpoids. Malgré cela, la prise en charge de cette problématique de santé n'est pas optimale et les MG estiment ne pas être suffisamment formés à sa prise en charge. En effet, comme nous l'avons vu,

on ne peut se résoudre à la prescription d'un médicament ; la prise en charge est plurifactorielle. Les médecins généralistes peuvent alors être en difficulté quant à l'abord de cette pathologie. Cette FIP a donc pour vocation d'aider les médecins généralistes à structurer leur entretien en abordant les grands axes de la prise en charge, à savoir la prise en charge nutritionnelle et la prescription de l'activité physique.

Aussi, cette FIP se veut d'être un support pour le suivi des patients : elle permettra de choisir les axes à travailler (l'activité physique, la nutrition, la relation avec l'entourage, ...). Il ne faut à priori pas prétendre travailler tous les axes d'une consultation à l'autre. En effet, une étude récente a montré que les patients avaient tendance à oublier les instructions fournies par leur médecin généraliste. Par conséquent, une ou deux instructions dans une consultation semblent être appropriées (67).

IV.6. Limites de la FIP et perspectives futures

IV.6.A. Nécessité de formation des médecins généralistes

La FIP ne pourra remplacer la formation des médecins généralistes à la prise en charge de l'obésité ; en effet, de nombreux auteurs insistent sur la nécessité de formation à la prise en charge de l'obésité dès le début des études médicales, la formation continue, la formation à la TCC et à l'entretien motivationnel (24,25,43,44,68).

IV.6.B. Approche préalable du patient

L'article de Leedham-Green (28) sur l'abord du sujet de l'obésité en consultation ne semble pas intégrable à notre FIP ; cette étape devra être réalisée préalablement par le médecin généraliste avant de distribuer la FIP. Aussi, cette FIP ne peut être un standard diffusé à l'ensemble des patients ; elle se doit d'être personnalisable après évaluation du passé pondéral, de la motivation du patient, des obstacles potentiels et des facteurs de soutien. Cela permet de fixer des objectifs et de fournir des informations ciblées individuellement afin d'obtenir une prise en charge et une communication de qualité entre le médecin généraliste et le patient (23,26,28,69).

IV.6.C. Prise en charge pluridisciplinaire

Un axe à développer est la mise en place d'équipes de soins pluridisciplinaires afin d'optimiser la prise en charge avec de meilleurs résultats sur la perte de poids (38,43).

La mise en place de consultations avec les IDE du programme Asalée (Action de santé libérale en équipe) semble être un bon moyen de favoriser la coordination entre professionnels et de mettre en place l'éducation thérapeutique patient. Ce programme créé en 2004 permet de suivre et d'accompagner les patients atteints de maladie chronique. L'étude de Driehuis et al. (70) encourageait les médecins généralistes à travailler avec des IDE. En effet, les conseils sur le mode de vie donnés par les IDE ont entraîné des changements de mode de vie similaires à ceux d'une consultation chez un généraliste. Par conséquent, les IDE pourraient conseiller les patients présentant une maladie chronique comme l'obésité en leur proposant des conseils sur leur mode de vie, afin de réduire éventuellement les obstacles auxquels ils font face. Ceci permettrait de compléter la prise en charge des médecins généralistes et répondre à une problématique de manque de temps.

IV.6.D. Vers une prise en charge globale du patient au long terme

La HAS recommande différents axes de prise en charge de l'obésité à savoir les conseils d'activité physique, l'éducation diététique, une approche psychologique et suivi médical régulier (2). Or, l'approche psychologique ne peut pas être substituée par une FIP et doit être réalisée par un professionnel de santé. Il en va de même pour le suivi médical régulier. En effet, le traitement de l'obésité et du surpoids devra passer par des interventions répétées sur les modifications comportementales à mettre en place. Il semble primordial de réaliser un suivi régulier (tous les trois mois) avec ajustement de la prise en charge pour qu'elle soit le mieux adaptée au patient, ses difficultés et son environnement (23,26,35).

Un logiciel informatique peut apporter un complément intéressant pour la prise en charge puis le suivi des patients sans pour autant se substituer au médecin généraliste (46).

Sur le plan financier, le traitement de l'obésité pourrait bien être la réponse à la crise des soins de santé dans notre pays. Plus nous aidons à améliorer notre santé, moins il nous faudra d'argent pour prodiguer des soins aux malades (30,44).

IV.6.E. Devenir du projet

Ce travail s'intègre dans un projet plus large de création de FIP. L'objectif futur est de créer un répertoire en ligne de FIP à disposition des médecins généralistes abordant différents domaines de l'information patient. Chaque interne souhaitant intégrer ce projet choisira le thème de son choix à analyser afin de créer une FIP validée par la littérature scientifique et actualisée aux dernières recommandations. Un des objectifs est également de mettre fin aux idées reçues et créer des FIP validées scientifiquement sur des sujets où il n'existe pas de consensus afin de répondre à une demande d'information des patients. Certains services d'urgences mettent à disposition des FIP délivrées à la sortie du service mais sont rarement mises à jour et validées scientifiquement ; raison pour laquelle il serait intéressant de mettre ces FIP en ligne, à disposition des médecins généralistes qu'ils exercent au cabinet de médecine rurale ou en service d'urgence (Exemples : encadrement des prescriptions de kinésithérapie, conduite à tenir en cas de douleur de l'épaule en lien avec une lésion tendineuse, régime alimentaire adapté en cas de crise de goutte, règles hygiéno-diététiques à adapter en cas de cystite, consignes de surveillance en cas de traumatisme crânien,...).

Ce travail nécessitera l'aide d'informaticiens pour la création de la plateforme et éventuellement de graphistes pour créer des FIP visuellement agréables et simple à lire, en faisant ressortir les messages clés le mieux possible. Une étude préalable sera donc nécessaire afin de prouver l'utilité de ce projet et obtenir des financements pour le versant technique de ce projet.

Enfin, pour que le projet soit pérenne, une maintenance sera nécessaire avec mise à jour régulière des données selon les informations récentes de la littérature scientifique.

VI. CONCLUSION

Le surpoids et l'obésité ont présenté une augmentation majeure ces 30 dernières années, entraînant une hausse considérable des complications associées et des dépenses de santé. Les freins à la prise en charge de cette pathologie sont nombreux : absence de consensus sur le traitement, manque de formation des médecins généralistes, représentations des médecins et des patients (stigmatisation, honte, déni, manque de temps et d'envie, ...).

Le traitement médicamenteux n'est pas recommandé à l'heure actuelle au vu de son efficacité moindre et des effets indésirables potentiels. Il en va de même pour les régimes, condamnés dans le rapport ANSES. La prise en charge de cette pathologie nécessite alors une approche centrée patient : en effet, le traitement doit prendre en compte le patient dans sa globalité, en allant des mesures nutritionnelles à la prescription d'activité physique, en passant par la prise en charge psychologique et comportementale.

La FIP créée au cours de ce travail apporte une information aux patients sur leur pathologie et son traitement, permettant ainsi de les faire participer à leur prise en charge et d'améliorer la relation médecin – malade. Nous avons été au-delà de l'information patient et avons créé une trame de consultation en abordant les points principaux de la prise en charge. Cette FIP se veut être une feuille de route pour les patients tout au long d'une année de suivi. En effet, le suivi au long terme est un point primordial du traitement de l'obésité. En parallèle, les médecins généralistes pourront faire appel à d'autres acteurs de soin si nécessaire (psychologue, diététicienne, ...).

Cette revue de la littérature a permis de mettre en avant l'intérêt de la formation des médecins généralistes à l'entretien motivationnel et à l'éducation thérapeutique patient afin de pouvoir aborder le patient dans sa globalité. En effet, ces deux axes sont les seuls traitements validés permettant d'apporter des modifications psycho-comportementales. La formation à ces disciplines peut également apporter des bénéfices plus vastes en consultation de médecine générale. Le renforcement des réseaux de soins permettra d'améliorer le parcours de soin du patient, avec la poursuite du développement du Dispositif Asalée (Action de santé libérale en équipe)

(entre autres) créé en 2004, en intégrant les infirmiers diplômés d'état au parcours de soins par le biais de séances d'éducation thérapeutique au cabinet de médecine générale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Obésité et surpoids [Internet]. [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. HAS. Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Recommandations pour la pratique clinique. HAS; 2011 sept p. 133.
3. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants. *The Lancet*. 2 avr 2016;387(10026):1377-96.
4. ROCHE. Enquête ObEpi. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité [Internet]. 2012 p. 60. Disponible sur: www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf
5. Nutrition - CRES Paca [Internet]. [cité 25 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.cres-paca.org/r/43/nutrition/>
6. Zheng Y, Manson JE, Yuan C, Liang MH, Grodstein F, Stampfer MJ, et al. Associations of Weight Gain From Early to Middle Adulthood With Major Health Outcomes Later in Life. *JAMA*. 18 juill 2017;318(3):255-69.
7. Kivimäki M, Kuosma E, Ferrie JE, Luukkonen R, Nyberg ST, Alfredsson L, et al. Overweight, obesity, and risk of cardiometabolic multimorbidity: pooled analysis of individual-level data for 120 813 adults from 16 cohort studies from the USA and Europe. *Lancet Public Health*. 1 juin 2017;2(6):e277-85.
8. Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D, Fazel Y, Henry L, Wymer M. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease-Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes: *HEPATOLOGY*, Vol. XX, No. X 2016. *Hepatology*. juill 2016;64(1):73-84.
9. Bernsmeier C, Heim M. Stéatose hépatique non alcoolique et stéatohépatite non alcoolique. *Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum* [Internet]. 26 janv 2011 [cité 31 juill 2019];11(04). Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2011.07418>
10. Société Française de Médecine Générale : Quelques chiffres sur les Résultats de consultation [Internet]. [cité 26 janv 2019]. Disponible sur: http://www.sfm.org/theorie_pratique/outils_de_la_demarche_medicale/le_dictionnaire_des_resultats_de_consultation_-_drc/quelques_chiffres_sur_les_resultats_de_consultation.html
11. Chamailard J. Quelle approche recommander aux médecins généralistes pour inciter les patients en surpoids et obèses à adhérer précocement à une prise en charge? Université d'Angers; 2014.
12. Lucas J. Attentes et freins des patients en surpoids et en obésité sur la prise en charge de leur médecin généraliste, dans le Morbihan. Université de Rennes 1; 2017.
13. Thuan J-F, Avignon A. Obesity management: attitudes and practices of French general practitioners in a region of France. *Int J Obes*. sept 2005;29(9):1100-6.
14. Campbell K, Engel H, Timperio A, Cooper C, Crawford D. Obesity Management: Australian General Practitioners' Attitudes and Practices. *Obes Res*. 2000;8(6):459-66.
15. BOCQUIER A, PARAPONARIS A, GOURHEUX J-C, LUSSAULT P-Y, BASDEVANT A, VERGER P, et al. La prise en charge de l'obésité : Attitudes, connaissances et pratiques des médecins généralistes en région PACA ; résultats d'une enquête téléphonique. *Presse Med*. 2005;34(11):769-75.
16. Gruaz D, Fontaine D. Médecins généralistes et éducation nutritionnelle en Rhône-Alpes. Etude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes. 2004 févr p. 46.

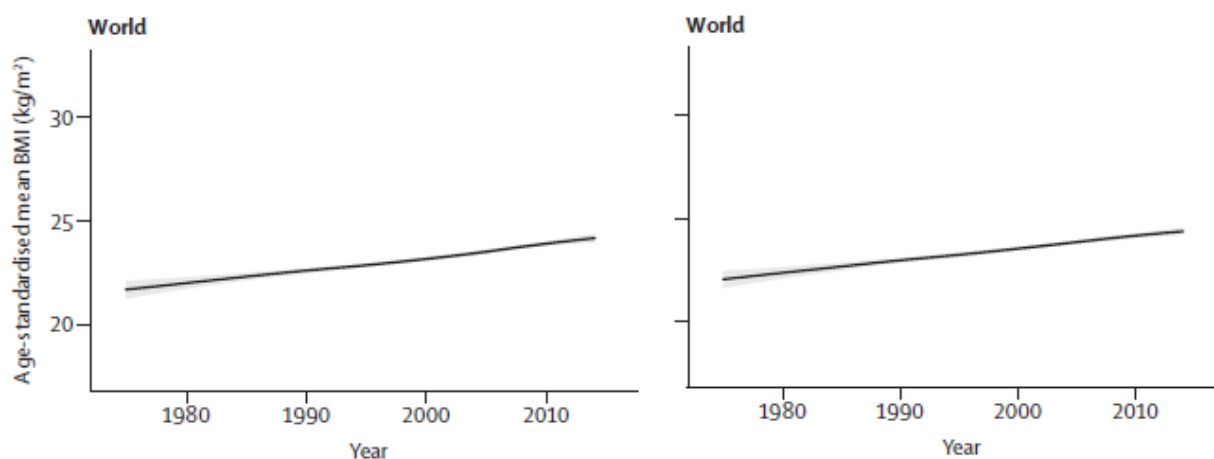
17. Sustersic M, Meneau A. Elaboration d'un outil d'aide à l'éducation du patient par la réalisation de 125 fiches d'information et de conseil concernant les motifs de consultations les plus fréquents en médecine générale. :63.
18. Kenny T, Wilson RG, Purves IN, Clark J, Newton LD, Newton DP, et al. A PIL for every ill? Patient information leaflets (PILs): a review of past, present and future use. *Fam Pract.* oct 1998;15(5):471-9.
19. HAS. Obésité : prise en charge chirurgicale chez l'adulte. Synthèse des recommandations de bonne pratique. In 2009. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_765523
20. HAS. Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. Guide méthodologique. 2008.
21. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Outils d'intervention en éducation pour la santé, critères de qualité: référentiel de bonnes pratiques. Saint-Denis: Éd. INPES; 2005.
22. Sturgiss EA, Elmitt N, Haelser E, Weel C van, Douglas KA. Role of the family doctor in the management of adults with obesity: a scoping review. *BMJ Open.* 1 févr 2018;8(2):e019367.
23. Sturgiss E, Haesler E, Elmitt N, Weel C van, Douglas K. Increasing general practitioners' confidence and self-efficacy in managing obesity: a mixed methods study. *BMJ Open.* 1 janv 2017;7(1):e014314.
24. McGowan BM. A Practical Guide to Engaging Individuals with Obesity. *Obes Facts.* juin 2016;9(3):182-92.
25. The National Institute for Health and Care Excellence. Obesity: identification, assessment and management. In 2014. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189>
26. van Avendonk MJP, Mensink PAJS, Drenthen AJM (Ton), van Binsbergen JJ. Primary care and public health a natural alliance? The introduction of the guidelines for obesity and undernutrition of the Dutch College of General Practitioners. *Fam Pract.* 1 avr 2012;29(suppl_1):i31-5.
27. Van Binsbergen J, Langens F, Dapper A, Van Halteren M, Glijsteen R, Cleyndert G, et al. NHG-Standaard Obesitas. In: Boukes FS, Geijer RMM, Opstelten W, Wiersma Tj, Goudswaard AN, éditeurs. *NHG-Standaarden voor de huisarts 2011* [Internet]. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2011 [cité 5 avr 2019]. p. 1359-84. Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-90-313-8279-8_72
28. Leedham-Green KE, Pound R, Wylie A. Enabling tomorrow's doctors to address obesity in a GP consultation: an action research project. 461 [Internet]. 14 juill 2016 [cité 20 févr 2019]; Disponible sur: <http://spiral.imperial.ac.uk/handle/10044/1/57034>
29. Aveyard P, Lewis A, Tearne S, Hood K, Christian-Brown A, Adab P, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. *The Lancet.* 19 nov 2016;388(10059):2492-500.
30. Larry A. Richardson. FP's patients are successful "losers". *J Fam Pract* [Internet]. 1 sept 2010 [cité 20 févr 2019];59(9). Disponible sur: <https://www.mdedge.com/familymedicine/article/64038/fps-patients-are-successful-losers>
31. van Dillen SME, van Binsbergen JJ, Koelen MA, Hiddink GJ. Nutrition and physical activity guidance practices in general practice: A critical review. *Patient Educ Couns.* 1 févr 2013;90(2):155-69.
32. Berendsen BA, Hendriks MR, Verhagen EA, Schaper NC, Kremers SP, Savelberg HH. Effectiveness and cost-effectiveness of « BeweegKuur », a combined lifestyle intervention in the Netherlands: Rationale, design and methods of a randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 19 oct 2011;11:815.
33. Haas WC, Moore JB, Kaplan M, Lazorick S. Outcomes from a Medical Weight Loss Program: Primary Care Clinics Versus Weight Loss Clinics. *Am J Med.* 1 juin 2012;125(6):603.e7-603.e11.

34. Seidell JC, Halberstadt J, Noordam H, Niemer S. An integrated health care standard for the management and prevention of obesity in The Netherlands. *Fam Pract.* avr 2012;29 Suppl 1:i153-6.
35. Appel LJ, Clark JM, Yeh H-C, Wang N-Y, Coughlin JW, Daumit G, et al. Comparative Effectiveness of Weight-Loss Interventions in Clinical Practice. *N Engl J Med.* 24 nov 2011;365(21):1959-68.
36. Bogt NC ter, Milder IE, Bemelmans WJ, Beltman FW, Broer J, Smit AJ, et al. Changes in lifestyle habits after counselling by nurse practitioners: 1-year results of the Groningen Overweight and Lifestyle study. *Public Health Nutr.* juin 2011;14(6):995-1000.
37. Kushner RF. Tackling Obesity: Is Primary Care Up to the Challenge? *Arch Intern Med.* 25 janv 2010;170(2):121-3.
38. Tsai AG, Wadden TA. Treatment of Obesity in Primary Care Practice in the United States: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* sept 2009;24(9):1073.
39. Blumenthal JA, Babyak MA, Hinderliter A, Watkins LL, Craighead L, Lin P-H, et al. Effects of the DASH diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure: the ENCORE study. *Arch Intern Med.* 25 janv 2010;170(2):126-35.
40. Yancy WS, Westman EC, McDuffie JR, Grambow SC, Jeffreys AS, Bolton J, et al. A randomized trial of a low-carbohydrate diet vs orlistat plus a low-fat diet for weight loss. *Arch Intern Med.* 25 janv 2010;170(2):136-45.
41. Ryan DH, Johnson WD, Myers VH, Prather TL, McGlone MM, Rood J, et al. Nonsurgical weight loss for extreme obesity in primary care settings: results of the Louisiana Obese Subjects Study. *Arch Intern Med.* 25 janv 2010;170(2):146-54.
42. Case Studies in Disease Prevention and Health Promotion: Assessment and Management of Adult Obesity [Internet]. American Psychological Association; 2004 [cité 15 avr 2019]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e507222006-005>
43. Colbert JA, Jangi S. Training Physicians to Manage Obesity — Back to the Drawing Board. *N Engl J Med.* 10 oct 2013;369(15):1389-91.
44. Hall JI. Obesity – a Reluctance to Treat? *Obes Facts.* 2010;3(2):79-80.
45. Tian H, Guo X, Wang X, He Z, Sun R, Ge S, et al. Chromium picolinate supplementation for overweight or obese adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [cité 20 mai 2019];(11). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010063.pub2/full>
46. Wieland L, Falzon L, Sciamanna C, Trudeau K, Brodney Folse S, Schwartz J, et al. Interactive computer-based interventions for weight loss or weight maintenance in overweight or obese people. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012;
47. Jurgens TM, Whelan AM, Killian L, Doucette S, Kirk S, Foy E. Green tea for weight loss and weight maintenance in overweight or obese adults. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 [cité 20 mai 2019];(12). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008650.pub2/full/fr>
48. Mastellos N, Gunn LH, Felix LM, Car J, Majeed A. Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 5 févr 2014 [cité 20 mai 2019]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008066.pub3>
49. Duclos M, Duché P, Guezennec C-Y, Richard R, Rivière D, Vidalin H. Position de consensus : activité physique et obésité chez l'enfant et chez l'adulte. /data/revues/07651597/v25i4/S0765159710000572/ [Internet]. 30 sept 2010 [cité 26 avr 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/267411>

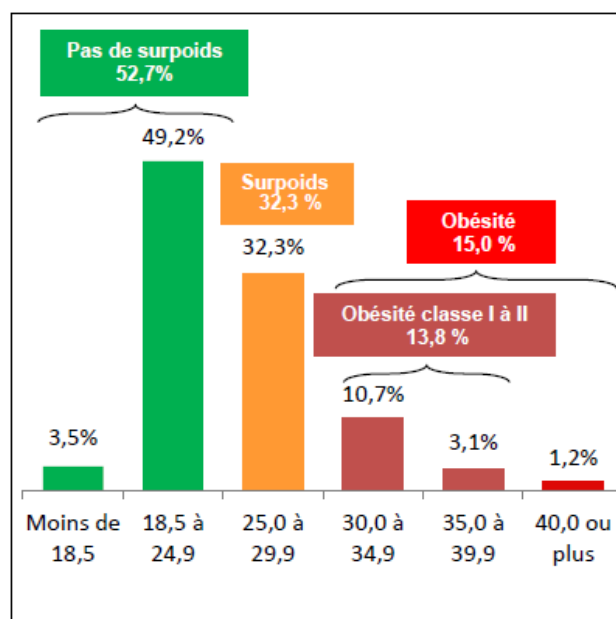
50. Simon C, Chabrier G. Comment prescrire l'activité physique en pratique médicale ? Datarevues0003426600662-C32S29 [Internet]. 16 févr 2008 [cité 26 avr 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/76383>
51. Société française de nutrition, Société française de médecine du sport, ministère de la Santé et des Solidarités. Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques. Programme national nutrition santé. In Paris; 2005.
52. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme national nutrition santé 2011-2015. 2011 juill.
53. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan Obésité 2010 - 2013. 2011 juill.
54. ANSES. Évaluation des risques liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement [Internet]. ANSES; 2017 nov [cité 16 déc 2018] p. 160. (Edition scientifique). Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2009sa0099Ra.pdf>
55. Royen PV, Bastiaens H, D'hondt A, Provoost C. SURCHARGE PONDÉRALE ET OBÉSITÉ CHEZ L'ADULTE EN PRATIQUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE. SSMG. 2006;32.
56. Overview | Obesity: identification, assessment and management | Guidance | NICE [Internet]. [cité 24 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189>
57. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity: a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.
58. 2015-2020 Dietary Guidelines for Americans. :144.
59. Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E, et al. Lignes directrices canadiennes de 2006 sur la prise en charge et la prévention de l'obésité chez les adultes et les enfants [sommaire]. Can Med Assoc J. 10 avr 2007;176(8):SF1-14.
60. Fitch A, Everling L. Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and Management of Obesity for Adults. 2013 mai.
61. Prescrire rédaction. Obésité: maigrir sans médicament. Rev Prescrire. 2007;(27 (282) : 275-281).
62. Hong Y, Ory MG, Lee C, Wang S, Pulczinski J, Forjuoh SN. Walking and neighborhood environments for obese and overweight patients: perspectives from family physicians. Fam Med. mai 2012;44(5):336-41.
63. Prescrire rédaction. Excès de poids : orlistat (Alli®) sans ordonnance. Rev Prescrire. mars 2009;29 (305) : 175.
64. Sibutramine (Sibutral®) : Suspension de l'autorisation de mise sur le marché - Communiqué - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communiqués-Communiqués-Points-presse/Sibutramine-Sibutral-R-Suspension-de-l-autorisation-de-mise-sur-le-marché-Communiqué>
65. AFSSAPS. Point d'information sur la suspension de l'autorisation de mise sur le marché d'Acomplia ® (rimonabant). 2008 oct.
66. Information NC for B, Pike USNL of M 8600 R, MD B, Usa 20894. General practitioners can offer effective nutrition care to patients with lifestyle-related chronic disease [Review] [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2013 [cité 24 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK159540/>
67. Selic P, Svab I, Repolusk M, Gucek NK. What factors affect patients' recall of general practitioners' advice? BMC Fam Pract. 28 déc 2011;12:141.
68. Jansen S, Desbrow B, Ball L. Obesity management by general practitioners: the unavoidable necessity. Aust J Prim Health. 2015;21(4):366-8.

69. Glanz K. Health behavior and health education : theory, research, and practice. 2002.
70. Driehuis F, Barte JCM, ter Bogt NCW, Beltman FW, Smit AJ, van der Meer K, et al. Maintenance of lifestyle changes: 3-Year results of the Groningen Overweight and Lifestyle study. Patient Educ Couns. 1 août 2012;88(2):249-55.

ANNEXES

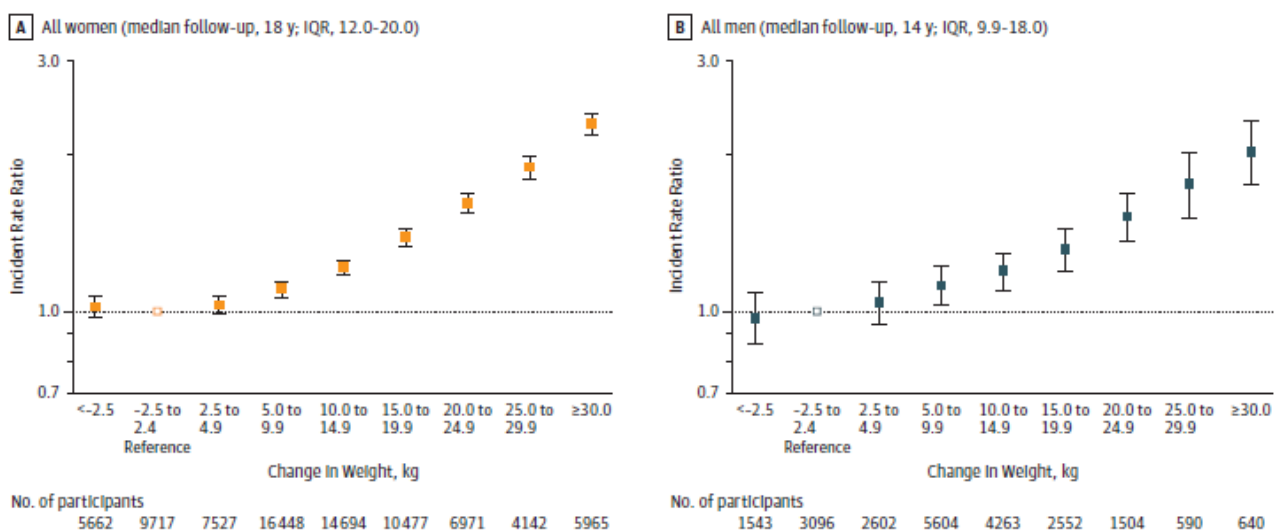


Annexe 1 : Evolution de l'IMC dans le monde (hommes à gauche, femmes à droite) (3)
(Partie I.2.A.)

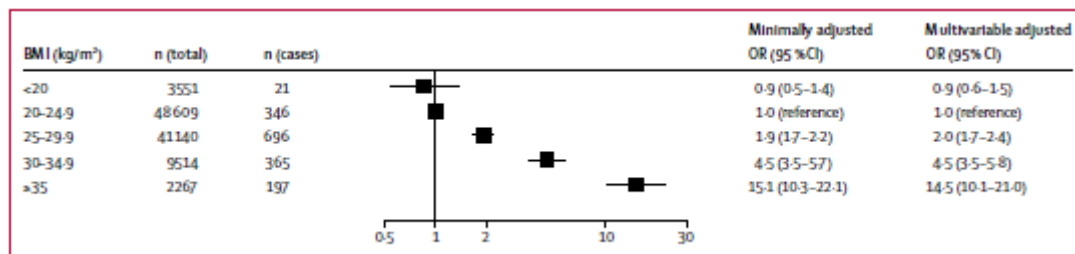


Annexe 2 : Répartition des niveaux d'IMC en 2012 (4) (Partie I.2.B.)

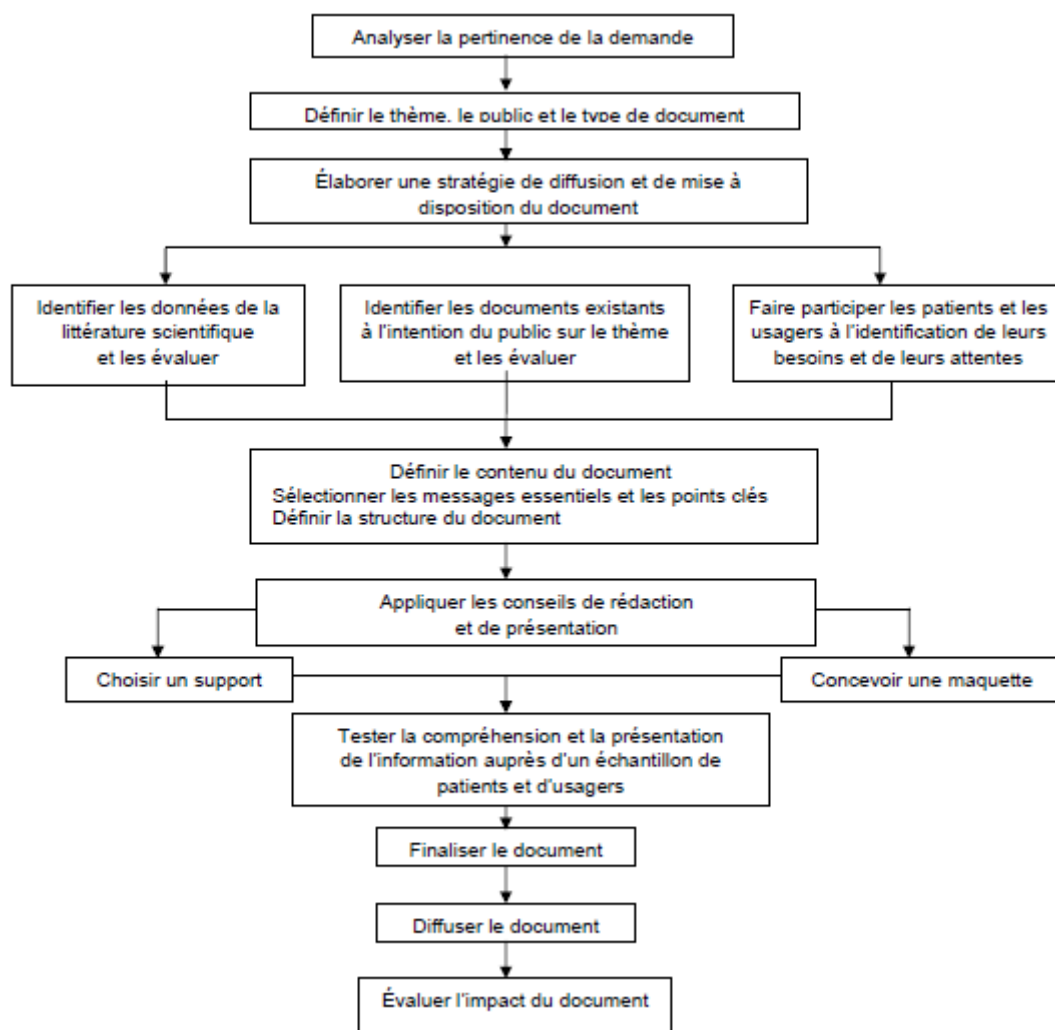
Figure 1. Associations of Weight Gain From Early to Middle Adulthood With the Risk of a Composite Outcome Measure of Major Chronic Diseases



Annexe 3 : Association entre gain de poids et risque d'apparition de maladie chronique majeure (maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, cancer et décès d'origine non traumatique) (6) (Partie I.3.)



Annexe 4 : Association entre IMC et risque de multimorbidité cardiométabolique (développement d'au moins deux pathologies parmi : coronaropathie, accident vasculaire cérébral et diabète de type deux) (7) (Partie I.3.)



Annexe 5: Étapes clés de l'élaboration d'un document écrit d'information (20) (Partie II.6.)

Entretien semi-directif en face-à-face

- ▶ Présentation du but du test et recueil de l'accord de participation
- ▶ Temps de lecture individuelle par le patient ou l'utilisateur
- ▶ Entretien structuré à partir d'un guide d'entretien et d'observation permettant de décrire la manière dont le patient ou l'utilisateur recherche les informations (nombre de relectures, manipulation du document pour répondre aux questions, etc.). L'ordre des questions pourra être tiré au sort à l'exception de la question générale d'introduction et des questions liées entre elles. Un exemple de guide d'entretien est proposé en *annexe 6*
- ▶ Analyse des données objectives et subjectives collectées lors des entretiens
- ▶ Proposition d'améliorations à apporter au document
- ▶ Discussion avec le groupe de travail (patients, usagers, professionnels de santé) des modifications à apporter au document

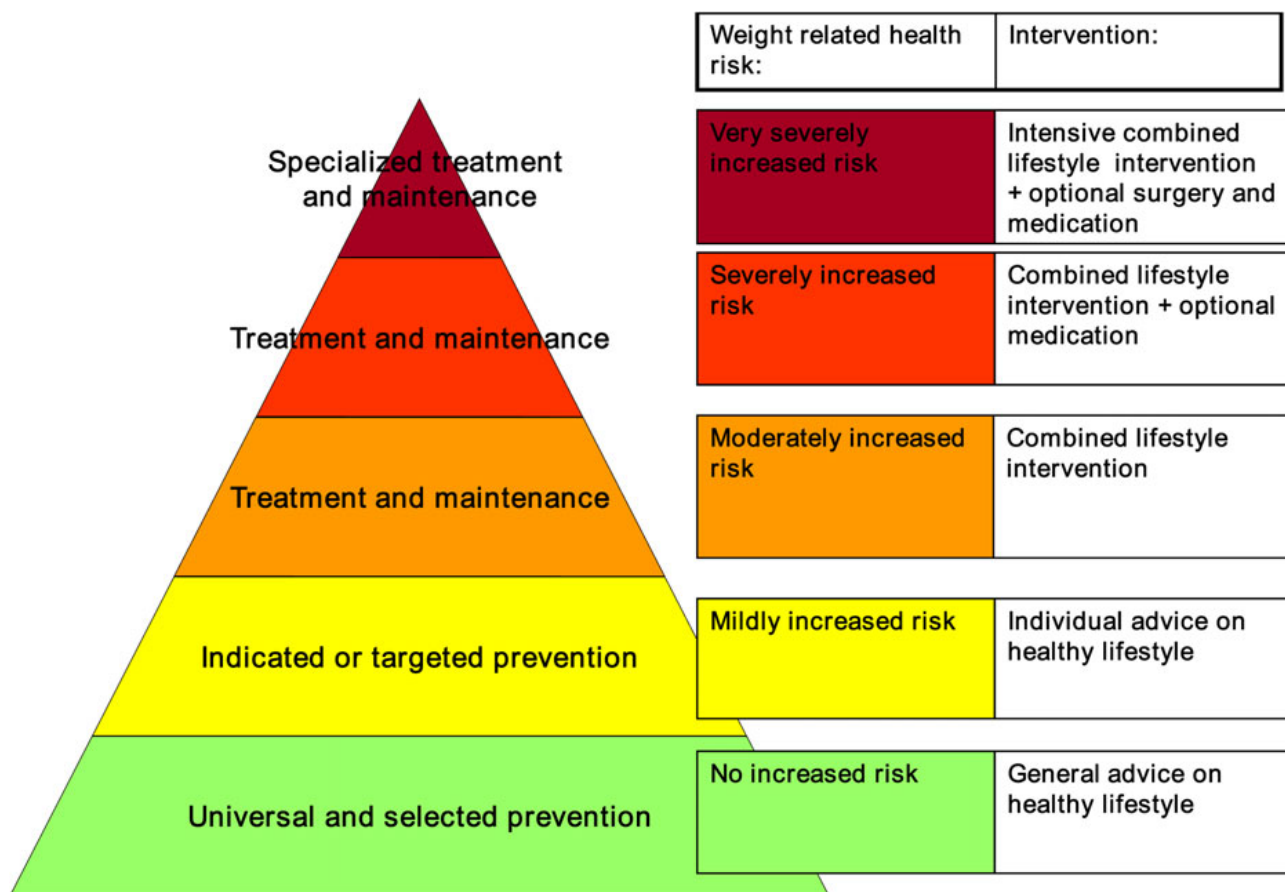
Annexe 6: Étapes du test d'un document écrit d'information (20). (Partie II.6.)

BMI kg/m ²	No increased risk for DM2 and CVD	Increased risk for DM2 and CVD *	Co-morbidity(ies)**
≥ 25 BMI < 30	Mildly increased	Moderately increased	Moderately increased
≥ 30 BMI < 35	Moderately increased	Moderately increased	Severely increased
≥ 35 BMI < 40	Severely increased	Severely increased	Very severely increased
BMI ≥ 40	Very severely increased	Very severely increased	Very severely increased

* >5 % increased mortality risk of CVD and/or increased risk assessed by a type 2 diabetes mellitus risk score which includes waist circumference, family history of type 2 diabetes mellitus, the presence of hypertension, physical inactivity as well as the diagnosis of impaired fasting glucose.

** DM2, CVD, sleep apnea and/or arthritis.

Annexe 7 : Classification of weight-related health risks for adults based on BMI, risk factors for type 2 diabetes mellitus (DM2) and cardiovascular disease (CVD) and co-morbidities (34) (Partie III.1.B.)



Annexe 8: Obesity prevention and management pyramid based on weight weight-related health risk for adults (34) (Partie III.1.B.)

Phase	Caractéristiques	Disposition à l'action	Intervention possible
Phase de pré-contemplation	À ce stade, les personnes n'envisagent pas le moindre changement et ne voient pas leur comportement comme problématique (insuffisamment informées sur les conséquences, découragées par les nombreuses tentatives ?)	À cette phase, les personnes n'ont pas l'intention d'entreprendre une action dans un futur proche (6 mois)	Augmentation de la conscience du problème au moyen d'une information personnalisée
Phase de contemplation	La personne reconnaît le problème mais il existe encore beaucoup trop d'ambivalence par rapport au changement. Elle est bien plus consciente des avantages qu'offre un changement, mais, d'autre part, y voit aussi de nombreux inconvénients	La personne songe effectivement à changer mais dans un futur proche (6 semaines)	Discussion à propos des avantages et inconvénients d'un changement Augmentation de la confiance en soi du patient afin d'arriver aux modifications comportementales nécessaires
Phase décisionnelle	À ce stade, la personne établit un plan. Il arrive parfois que le patient ait déjà expérimenté quelques petits changements. Un certain degré d'ambivalence subsiste toutefois	La personne se prépare au changement, le plus souvent dans le mois qui suit	Établissement d'un plan concret comportant un objectif réaliste ; soutenir les petites modifications comportementales du patient
Phase active	À ce stade, les personnes procèdent à des modifications spécifiques publiques de leur style de vie. Ce comportement est clairement observable	La personne est engagée dans un plan d'action	Orientation spécifique en vue d'un conseil alimentaire et d'un changement comportemental ; fourniture d'informations spécifiques, de médicaments...
Phase de consolidation	Le nouveau comportement occupe une place dans la vie de la personne. Une modification du comportement alimentaire est présente et une baisse de poids apparaît. Le maintien du poids est un nouvel objectif	La personne est engagée dans un plan d'action	Apprentissage d'un comportement de résolution des problèmes de sorte que le patient puisse apprendre à anticiper les difficultés
Phase de rechute	Une rechute est toujours possible et constitue la règle plus que l'exception	Les patients passent en moyenne six fois par des phases de changement avant de parvenir à un	Soutien de la confiance en soi, compréhension en cas de rechute

Annexe 9: Phases de changement d'après Prochaska et DiClemente (2) (Partie III.2.)

Conseils diététiques
Limitier la consommation des aliments à forte densité énergétique, riches en lipides ou en sucres, et les boissons sucrées ou alcoolisées
Choisir des aliments de faible densité énergétique (fruits, légumes), boire de l'eau
Contrôler la taille des portions *
Diversifier les choix alimentaires en mangeant de tout (ne pas éliminer les aliments préférés mais en manger modérément)
Manger suffisamment et lentement à l'occasion des repas, ne pas manger debout, mais assis bien installé à une table, si possible dans la convivialité
Structurer les prises alimentaires en repas et en collations en fonction des nécessités du mode de vie du sujet (en général, 3 repas principaux et une collation éventuelle), ne pas sauter de repas pour éviter les grignotages entre les repas favorisés par la faim
Rassurer le patient quant à son droit au plaisir de manger, la convivialité des repas est souhaitable
Conseils pour l'acquisition des aliments
Prévoir les menus pour le nombre de convives
Faire une liste de courses
Faire ses courses sans avoir faim
Eviter d'acheter des aliments consommables sans aucune préparation
Apprendre à lire les étiquettes d'information sur les emballages
Conseils pour la préparation des aliments
Cuisiner si possible soi-même ou indiquer clairement les consignes à la personne qui cuisine
Proposer la même alimentation pour toute la famille (seules les quantités vont varier)
Utiliser les produits de saison
Limitier l'utilisation de matière grasse pour la cuisson
Cuisiner des quantités adaptées. Limitier la taille des plats. S'il y a des restes, proposer de les accommoder pour le repas suivant
Conseils pour les repas
Se consacrer au repas, être attentif à son assiette
Prêter attention aux sensations perçues lorsqu'on mange (est-ce acide, amer, sucré, chaud ?)
Servir à l'assiette / remplir les assiettes avant de les amener sur la table (éviter de laisser le plat sur la table). Ne pas se resservir.
Déposer les couverts entre chaque bouchée en cas de tachyphagie †
Utiliser des assiettes de diamètre standard (ou petit) pour obtenir une taille des portions adaptée
Conseils entre les repas
Proposer aux personnes qui mangent en réaction à des émotions négatives (déception, ennui, nervosité) un comportement incompatible avec le fait de manger comme téléphoner ou se doucher ou faire une promenade
Éviter d'acheter ou stocker en quantité les aliments habituellement consommés lors des prises alimentaires extra-prandiales (grignotage)
En cas de perte de contrôle, préférer les aliments à faible densité calorique. Accepter de ne pas se cacher et de prendre le temps de déguster lentement

Annexe 10: Fiches de conseils pour l'alimentation de la HAS (2) (Partie III.2.)

LISTE DES ABREVIATIONS

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

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

CRES PACA : Comité Régional d'Education pour la Santé Provence Alpes Côte d'Azur

EBM : Evidence Based Médecine

FIP : Fiche d'information patient

HAS : Haute Autorité Sanitaire

IMC : indice de masse corporelle

INPES : Institut national de prévention de l'éducation pour la santé

Kcal: kilo calories

NAFLD : stéatose hépatique non alcoolique

NASH : stéato-hépatite non alcoolique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNNS : Plan National Nutrition Santé

PO : Plan obésité

TCC : thérapie cognitivo comportementale

SAOS : Syndrome d'apnées obstructives du sommeil

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

