

**Protocole de recherche**

**Aborder le poids en consultation : votre perception et vos attentes**

Responsable principal du projet

Nom	BELALEM
Prénom	Inès
Affiliation(s)	Stagiaire M2, Université Paris Cité APHP

Comité scientifique

Nom	Grade/Titre	Affiliation(s)
CZERNICHOW Sébastien	PU-PH	Université Paris Cité APHP
SIDORKIEWICZ Stéphanie	MCU	Université Paris Cité
TRAN Viet Thi	MCU-PH	Université Paris Cité APHP

**1. Contexte spécifique**

Des études ont examiné l'impact de l'obésité sur les comportements psychosociaux tels que la stigmatisation et la discrimination (1), au point que le terme « grossophobie » émerge dans la société (2). Ce qui interfère souvent avec les interventions contre l'obésité (3) et peut entraîner une mauvaise qualité des soins en raison de l'évitement des patients, d'une faible adhésion ou d'une mauvaise communication avec les professionnels de santé (4). Certains patients expriment une moindre confiance en leur médecin généraliste (MG) parce qu'ils se sentent jugés à cause de leur poids (5). De fait, ils déclarent subir un rejet social et des soins de santé médiocres (6).

Les médecins et les patients présentent un désaccord quant à savoir si les problèmes de poids sont abordés en consultation (7). En réalité, le poids y est rarement abordé, alors que les patients acceptent d'en discuter (8). Des obstacles pourraient expliquer cet écart notamment le temps alloué à chaque consultation souvent réduit (9–11), amenant les MG à se concentrer sur les problèmes de santé les plus aigus.

Dans ce contexte, il est nécessaire de définir les priorités de soins avec les patients atteints de comorbidités (12). Dans une étude menée en France, 50% des patients considèrent l'obésité et le surpoids comme des priorités, tandis qu'ils ne le sont que pour 20% des médecins (13).

L'association entre les maladies chroniques et la gestion du poids a souvent été discutée du point de vue des soignants. Les obstacles à sa gestion sont potentiellement modifiables (14). L'obésité est le facteur le plus modifiable (15), mais est souvent abordée à travers le prisme de la stigmatisation, de l'image corporelle et des objectifs de perte de poids (16,17). Ainsi, les patients trouvent sa gestion insatisfaisante en raison d'un manque d'informations. Ils recherchent une approche plus holistique et une expérience personnalisée (18). Pour définir l'approche la plus appropriée pour discuter de sujets sensibles tels que la gestion du poids et l'obésité dans le contexte de la multimorbidité, nous devons explorer les perspectives des patients. Ils sont les principales ressources pour comprendre comment aborder ces sujets, pour identifier la maladie la plus importante à traiter et déterminer l'attention "appropriée" à accorder à l'obésité dans le contexte de la multimorbidité en consultation. Pour comprendre la place accordée à la gestion de l'obésité, il est nécessaire de connaître les perspectives des patients à travers leurs expériences et leurs attentes.

A notre connaissance, aucune étude n'a réellement exploré la concordance entre le vécu et les attentes des patients concernant l'attention accordée à leur obésité en consultations et dans le contexte de la multimorbidité. Il est essentiel de recueillir leurs perspectives sur la gestion du poids par rapport aux autres comorbidités, compte tenu du contexte de stigmatisation et de discrimination associé à ces maladies (8). Nous pensons qu'il est crucial de rendre compte des perspectives de ces patients et de la place accordée à chaque condition afin d'adapter les pratiques et de renforcer les soins personnalisés dans le contexte de la multimorbidité.

Notre étude est innovante car elle est exclusivement centrée sur le point de vue des patients.

## **2. ComPaRe : Communauté de Patients pour la Recherche**

Le présent projet sera niché dans la *Communauté de Patients pour la Recherche (ComPaRe)* ([www.compare.aphp.fr](http://www.compare.aphp.fr)). ComPaRe est un projet porté par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et l'Université de Paris Cité visant à accélérer la recherche sur les maladies chroniques. ComPaRe s'appuie sur une e-cohorte de patients adultes, souffrant d'une maladie chronique. L'objectif est de recruter 100 000 patients en 10 ans et de les suivre pendant 10 ans.

Dans ComPaRe, les participants sont suivis via des questionnaires en ligne permettant de collecter des critères de jugement rapportés par les patients (en anglais « Patient Reported Outcome Measures » [PROMS]) ou des expériences rapportées par les patients (Patient Reported Experience Measures [PREMS]).

Les données rapportées directement par les patients ont pour objectif d'être enrichies par d'autres sources de données telles que :

- Données provenant de bases médico-administratives (e.g. SNDS)
- Données hospitalières (entrepôts de données hospitaliers)
- Données provenant des outils connectés des patients (mesure de l'activité physique, du sommeil, glycémie)

## 2.1. ComPaRe : une plateforme de recherche

ComPaRe est une infrastructure de recherche permettant à toute équipe de recherche publique (hospitalière, universitaire ou institutionnelle) d'utiliser des données collectées dans ComPaRe ou de demander la collecte de nouvelles données (e.g., en ajoutant de nouveaux questionnaires en ligne) pour répondre à des questions de recherche sur les maladies chroniques.

Le modèle permet d'accélérer la recherche dans les maladies chroniques en :

- *Simplifiant le recrutement des participants dans la recherche clinique.* Le recrutement des patients est réalisé une seule fois. Ensuite, les patients peuvent participer aux études qui les concernent et qui les intéressent.
- *Simplifier la réalisation de recherches nécessitant l'accès à des données externes (entrepôts de données hospitaliers, SNIIRAM, objets connectés etc.).*
- *Améliorant le partage de données.* Toutes les informations recueillies pourront être réutilisées. Ceci allègera le fardeau des participants qui ne devront pas répondre plusieurs fois à la même question, posée par des chercheurs différents ; limitant un « gâchis de la recherche »
- *Réduisant les coûts liés à la recherche avec une plateforme commune.* La plateforme ne sera construite qu'une seule fois et servira de multiples fois. Toutes les améliorations bénéficieront à l'ensemble des recherches qui y sont (et seront) menées.

### 3. Objectifs

#### Principal

- Evaluer la concordance entre les attentes et le vécu des patients sur le niveau d'attention accordé à leur poids par leur médecin

#### Secondaires

- Décrire les attentes des patients sur la façon d'aborder le poids en consultation
- Décrire les conséquences ressenties par les patients des différences entre leurs attentes et leurs expériences en consultation

### 4. Design

Etude transversale

#### 4.1. Patients participants

Les critères d'éligibilité sont :

Adultes ( $\geq 18$  ans).

Avoir déclaré un IMC au moins une fois supérieur à  $30\text{kg/m}^2$ .

Avoir déclaré avoir au moins une maladie chronique différente de l'obésité.

Avoir été actif dans la cohorte dans les 18 derniers mois.

Avoir accepté de participer à des études extérieures.

*Tous les patients inscrits dans ComPaRe répondant aux critères d'éligibilité présentés seront invités à répondre aux questionnaires en ligne s'y rapportant.*

#### 4.2. Modalités de recrutement

##### ***Recrutement via ComPaRe***

Tous les participants participant à ComPaRe et répondant aux critères d'inclusion de la présente étude au moment du lancement du projet seront invités à y participer.

#### 4.3. Détails méthodologiques

Une phase pilote a impliqué 20 patients en situation actuelle ou passée d'obésité du service de nutrition de l'Hôpital Européen Georges Pompidou (7 patients en Hôpital de

semaine et 13 en Hôpital de jour. Tous présentaient un IMC  $\geq 30\text{kg/m}^2$  au cours des 24 derniers mois). La version initiale du questionnaire a été testée par la méthode de la double-interview (19) afin d'évaluer la pertinence des questions et leur clarté, la compréhension du questionnaire et le temps requis pour le compléter. Les remarques et suggestions des patients ont été prises en compte pour élaborer la version finale du questionnaire implémentée dans la plateforme ComPaRe. Cette dernière version a été testée auprès de 5 patients volontaires de la cohorte ComPaRe pour évaluer l'ergonomie et la clarté du questionnaire dans sa version en ligne.

Un courriel d'invitation à participer à cette étude sera envoyé aux personnes éligibles.

## 5. Données recueillies

### 5.1. Recueil spécifique dans le cadre du projet

Donnée collectée ou instrument utilisé	Moment de la collecte
<p>Auto-questionnaire développé pour décrire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taille et poids actuels</li> <li>▪ Caractéristiques liées au poids au cours de la vie</li> <li>▪ Prise en charge médicale et non médicale</li> <li>▪ Echelle EQVOD sur l'Impact de l'obésité sur la qualité de vie</li> <li>▪ Score SCOFF-F sur les troubles du comportement alimentaire</li> <li>▪ Principales attentes vis-à-vis de la manière dont le poids doit être abordé en consultation</li> <li>▪ Perceptions du vécu des participants sur l'attention portée au poids lors des consultations</li> <li>▪ Attentes des participants vis-à-vis de l'attention portée au poids lors des consultations</li> <li>▪ Attentes vis-à-vis de la manière dont le poids doit être géré et pris en charge par rapport aux autres maladies chroniques</li> <li>▪ Conséquences de la différence de perception entre le vécu et les attentes des participants</li> </ul>	<p>Au lancement de l'étude</p>

### 5.2. Données ComPaRe utilisées

En plus des données spécifiques au projet, des données recueillies pour tous les patients, dans le cadre du suivi général de ComPaRe peuvent être utilisées :

Donnée requise	Moment de la collecte
Statut vis-à-vis du tabac (4 classes)	Au moment de l'inclusion
Sexe (H, F)	Au moment de l'inclusion
Age (continue)	Au moment de l'inclusion
Taille (continue)	Au moment de l'inclusion
Poids (continue)	Au moment de l'inclusion
Type de maladies chroniques (texte libre)	Au moment de l'inclusion ou dans le dossier de santé
Nombre de maladies chroniques (continue)	Au moment de l'inclusion ou dans le dossier de santé
Profession (8 classes)	Au moment de l'inclusion
Echelle activité physique IPAQ (score total)	Dernier suivi disponible

## 6. Analyses statistiques

L'analyse des données de la cohorte sera réalisée par

BELALEM Inès
--------------

### 6.1. Variables à but descriptif

Socio-démographiques :

- Age (continue) moyenne (écart-type)
- Age au début de la prise de poids (continue), moyenne (écart-type)
- Sexe (catégories : H, F), N (%)
- Indice de masse corporelle (continue et 3 catégories :  $30 \leq \text{IMC} < 35$ ,  $35 \leq \text{IMC} < 40$ ,  $\text{IMC} \leq 40$ ), moyenne (écart-type), N (%)
- Poids maximal atteint (continue), moyenne (écart-type)
- Nombre de maladies chroniques (4 catégories : 2, 3, 4, 5 ou plus), N (%)
- Nombres et pourcentages des 10 maladies chroniques rapportées les plus prévalentes avec une 11ème catégorie "autres" qui sera recatégorisée parmi les maladies suivantes : maladies respiratoires, maladies métaboliques, maladies cardiovasculaires, pathologies rhumatologiques, maladies systémiques, pathologies rénales, pathologies neurologiques, pathologies gynécologiques, cancer, pathologies psychiatriques, pathologies dermatologiques (9), N (%)
- Nombre de participants ayant déclaré avoir de l'obésité (catégories : Oui, Non), N (%)
- Statut activité professionnel (catégories : actifs, non actifs), N (%)

Facteurs liés au mode de vie :

- Statut tabac (2 catégories : fumeur actif, occasionnel ou ex-fumeur, non-fumeur), N (%)

- Score Activité physique IPAQ (2 catégories : inactif, actif), N (%)

Prise en charge :

- Participant ayant abordé le poids avec un professionnels de santé (catégories : Oui, avec au moins un professionnel de santé ; Non, jamais), N (%)
- Réalisation de chirurgie bariatrique (catégories : Oui, Non), N (%)
- Type de chirurgie réalisée (5 catégories : anneau gastrique ajustable, sleeve gastrectomie, bypass gastrique en Y, mini-bypass ou bypass en oméga, autre.s), N (%)
- Rééquilibrage alimentaire prescrit (catégories : Oui, Non), N (%)
- Traitement prescrit pour perte de poids (catégories : Oui, Non), N (%)
- Type de traitement prescrit pour perte de poids (4 catégories : Liraglutide, Sémaglutide, Orlistat, autres), N (%)

Qualité de vie

- Scores échelle EQVOD pour les 5 dimensions (continue), moyenne (écart-type)
- Score total échelle SCOFF-F (catégories : probable TCA, pas de TCA), N (%)

## 6.2. Critères d'évaluation

- Perception du vécu des patients sur la manière d'aborder le poids en consultation. Nombres et pourcentages Vécu (V) : 3 catégories (N (%)) :
  - $V \in [0-5[$  : Patients chez qui le niveau d'attention perçu est en faveur d'une plus faible attention portée au poids par rapport aux autres maladies chroniques,
  - $V=5$  : Patients chez qui le niveau d'attention perçu est en faveur d'un équilibre entre l'attention portée au poids et aux autres maladies chroniques,
  - $V \in ]5-10]$  : Patients chez qui le niveau d'attention perçu est en faveur d'une attention plus importante portée au poids par rapport aux autres maladies chroniques
- Attentes des patients sur la manière d'aborder le poids en consultation. Nombres et pourcentages Attentes (A) : 3 catégories (N (%)) :
  - $A \in [0-5[$  : Patients chez qui le niveau d'attente est en faveur d'une plus faible attention portée au poids par rapport aux autres maladies chroniques,
  - $A=5$  : Patients chez qui le niveau d'attente est en faveur d'un équilibre entre l'attention portée au poids et aux autres maladies chroniques,
  - $A \in ]5-10]$  : Patients chez qui le niveau d'attente est en faveur d'une attention plus importante portée au poids par rapport aux autres maladies chroniques
- Différence (D) entre le vécu et les attentes sur le niveau d'attention porté au poids par rapport aux autres maladies chroniques ( $D = V-A$  et 3 catégories (N (%)) :
  - $D=0$  : Le niveau d'attention perçu en consultation est égal au niveau d'attente des participants

- $D > 0$  : Le niveau d'attention perçu en consultation est plus important que le niveau d'attente des participants
- $D < 0$  : Le niveau d'attente est supérieur au niveau d'attention perçu en consultation

### 6.3. Variables d'ajustement

/Non applicable

### 6.4. Sous-groupes prévus

- Indice de masse corporelle (3 catégories :  $30 \leq \text{IMC} < 35$ ,  $35 \leq \text{IMC} < 40$ ,  $\text{IMC} \leq 40$ )
- Participants ayant déclaré avoir de l'obésité (catégories : Oui, Non)
- Nombre de maladies chroniques (4 catégories : 2, 3, 4, 5 ou plus)

### 6.5. Plan d'analyse détaillé

Pour analyser les données de cette étude, nous allons utiliser le logiciel Excel® ainsi que le logiciel R studio® (*R version 4.3.0*) (disponible sur <https://cran.r-project.org/src/base/R-4/>). Le niveau de risque de première espèce sera fixé à 5% pour l'entièreté de cette étude.

#### 1. Analyse descriptive et concordance

Des analyses descriptives de l'ensemble de l'échantillon seront effectuées. Les variables continues seront présentées par leurs moyennes (écarts-types) ou médianes (interquartiles). Les variables catégorielles seront présentées sous forme de proportions (nombres et pourcentages).

Le vécu et les attentes des participants sur le niveau d'attention porté à leur poids seront décrits à partir des données recueillies des échelles de Likert (niveaux de vécu/ d'attentes évalués de 0 à 10 de façon discontinue). Les résultats seront présentés graphiquement (diagramme en barres). Les réponses des patients seront recatégorisées en trois sous-catégories : Patients chez qui le niveau d'attente et de vécu perçu en consultation est en faveur d'une faible ( $V$  ou  $A \in [0-5[$ ) / d'un équilibre ( $V$  ou  $A = [5]$ ) / d'une importante ( $V$  ou  $A \in ]5-10]$ ) attention portée au poids par rapport aux autres maladies chroniques. Nous présenterons ces résultats sous forme de nombres et pourcentages pour chaque catégorie.

Pour chaque patient, on mesurera la différence ( $D$ ) du niveau d'attention porté au poids par rapport aux autres maladies chroniques. Cette différence entre le vécu et les attentes sera calculée comme suit :  $D = V - A$ . Puis,  $D$  sera reclassifié en 3 sous-catégories :

- $D = 0$ , signifiant que le niveau d'attention perçu en consultation  $V$ , est égal au niveau d'attentes  $A$ , soit  $V = A$ .
- $D > 0$ , signifiant que le niveau d'attention perçu en consultation  $V$ , est plus important que le niveau d'attentes  $A$  des participants, soit  $V > A$ .
- $D < 0$ , signifiant que le niveau d'attentes  $A$  est supérieur au niveau d'attention perçu en consultation  $V$ , soit  $V < A$ .

Nous présenterons la répartition de ces résultats par des effectifs et pourcentages.

Nous nous intéresserons également à la concordance entre les deux niveaux rapportés par les participants ( $V$  et  $A$ ), pour cela nous utiliserons un coefficient de Spearman (20). Nous représenterons graphiquement ces résultats.

## 2. Analyse qualitative

Les axes d'amélioration perçus sur la manière dont le poids doit être pris en charge et les conséquences d'une différence entre le vécu et les attentes sur la suite de prise en charge seront décrits à partir des questions ouvertes. Elles seront soumises à une analyse qualitative, au même titre que la question ouverte interrogeant les attentes générales en consultation.

L'analyse qualitative sera menée à travers une analyse de contenu thématique à partir des verbatims recueillis dans ces questions. L'analyse se poursuivra jusqu'à ce que la saturation des données soit atteinte. Le point de saturation des données sera évalué avec un modèle mathématique pour prédire le nombre de nouvelles thématiques qui pourraient être identifiées en ajoutant de nouveaux participants à l'étude (21).

## 3. Analyse en sous-groupes

Nous soumettrons  $D$  (différences entre les niveaux d'attention portés au poids entre perception  $V$  et attentes  $A$ ) à des analyses en sous-groupes. Le but est de décrire les répartitions en nombres et pourcentages des différences entre des sous-groupes de population. Les variables que nous utiliserons seront : 3 classes d'IMC, 4 catégories sur le nombre de maladies chroniques associées (2 à 5 ou plus) et des patients ayant déclarés une obésité ou non.

## 7. Gestion du projet

Cette cohorte spécifique sera pilotée par un **Comité scientifique spécifique (Comité de pilotage)** composé impérativement :

- d'un chercheur responsable du projet

- de médecins et/ou chercheurs associés
- **d'au moins un patient**

Le rôle de ce comité est de :

- Définir le projet et veiller à sa rigueur scientifique,
- Valider les outils de recueil de données,
- Proposer les éléments d'animation scientifique
- Superviser l'analyse des données
- Rapporter de manière transparente l'ensemble des résultats du projet.

## **8. Aspects éthiques et réglementaires**

- Le projet ComPaRe a reçu un avis favorable par le Comité de protection des personnes – Ile de France 1 (IRB : 0008367).
- Le projet ComPaRe a reçu un avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) sous le numéro 16-395bis.
- Le projet a reçu un avis favorable de la CNIL, sous le numéro de dossier n°916397 (DR-2016-459) en date du 25/11/2016.
- Le projet a reçu un avis favorable du CEREEES (11 avril 2019).

### **8.1. Ce projet spécifique est à obtenu les autorisations suivantes**

*L'avis d'un Comité d'Ethique de la Recherche peut être demandé par un éditeur au moment de la publication*

### **8.2. Gestionnaire de la recherche**

L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris sera le gestionnaire de la recherche. Le Département de la Recherche Clinique et du Développement (DRCD) en sera son représentant.

L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris se réserve le droit d'interrompre la recherche à tout moment pour des raisons administratives.

Le responsable scientifique, également investigateur coordonnateur, s'engage à fournir au gestionnaire les informations relatives aux inclusions des participants dans la recherche.

Toute modification du protocole de recherche devra être soumise au gestionnaire.

### **8.3. Encadrement réglementaire de la recherche**

Conformément à la loi °78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et son décret d'application n° 2005-1309 du 20 oct. 2005, ComPaRe a obtenu l'autorisation du CCTIRS N° 16.395 et de la CNIL N° 916397.

#### **8.4. Qualification des intervenants**

Les membres de l'équipe porteuses du présent projet sont habilités à mener les tâches qui leur incombent, c'est-à-dire qu'ils disposent des compétences appropriées et documentées.

#### **8.5. Protection des données**

La Direction des Services Informatiques (DSI) de l'AP-HP assure le développement, l'hébergement, le maintien en conditions opérationnelles et l'exploitation de la plateforme ainsi que de l'application ComPaRe. Elle met en œuvre tous ses moyens techniques afin de garantir une sécurisation adéquate des données.

#### **8.6. Saisie des données**

Les patients saisiront directement leurs questionnaires dans un espace personnel sécurisé, protégé par un identifiant et un mot de passe, sur un serveur accessible, sécurisé par un certificat, et placé derrière un « firewall ».

#### **8.7. Confidentialité et sécurisation des données**

Toute information concernant les participants sera confidentielle et l'identité du participant sera strictement préservée.

Toutes les données à caractère personnel recueillies auprès des patients seront sécurisées et encryptées en cas d'échanges de données ; les communications entre les participants ou les chercheurs et la plateforme seront cryptés par SSL (https).

- Un nombre restreint de personnes habilitées aura accès aux données directement nominatives, à des fins exclusivement logistiques et scientifiques. Elles prendront toutes les précautions nécessaires en vue d'assurer la confidentialité de ces données.
- Conservation des données
- Toutes les données seront conservées sur deux serveurs sécurisés, et traitées de façon strictement confidentielle.
- Les données complétées sur le site seront stockées sur des serveurs agréés pour l'hébergement de données médicales.
- Les deux serveurs seront garantis d'avoir un haut niveau de sécurité.

#### **8.8. Accès aux données**

Seuls les chercheurs habilités et les intervenants en charge de la coordination de la recherche auront accès aux données, et cela uniquement pendant la durée de celle-ci.

## **8.9. Destruction des données**

Les données des participants seront conservées pendant 10 ans après la fin de la recherche sur les personnes (i.e. fin du suivi du dernier participant recruté). Elles seront ensuite détruites, conformément à la loi Informatique, Fichiers et Libertés.

## **8.10. Information et consentement des participants**

### **8.10.1. Information**

Lors de leur inscription en ligne, les participants devront consulter la note d'information expliquant le cadre et les objectifs de ComPaRe. Ils seront informés du respect de la stricte confidentialité de leurs données ainsi que de leurs droits relatifs à la loi Informatique, Fichiers et Libertés. Il leur sera notamment notifié qu'à tout moment ils pourront exercer leur droit d'accès et de rectification des données, conformément à la loi 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, modifiée par la loi n°94-548 du 1er juillet 1994, relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé.

### **8.10.2. Consentement**

Les patients déjà inscrits dans ComPaRe auront préalablement signés le formulaire de consentement général et pourront participer à ce projet.

**Le consentement général couvre la participation à cette cohorte spécifique.**

Un consentement spécifique sera demandé pour donner accès à son dossier médical hospitalier (compte-rendu d'hospitalisation, compte-rendu de consultation, imagerie médicale, résultats d'examen, ...);

## **8.11. Publication et communications**

Les résultats des travaux réalisés à partir des données de la cohorte ComPaRe doivent être rendus publics, si possible sous la forme de publications scientifiques.

**La mention que la recherche a été réalisée dans le cadre de la cohorte ComPaRe doit être faite dans toute les publications ou communications scientifiques.** Ceci est généralement réalisé dans la partie méthodes (par exemple : « sources des données).

**Le mot « ComPaRe » doit figurer autant que possible dans le titre de toute publication.** De même, le financement initial de la cohorte par le Centre d'Epidémiologie clinique de l'Hôtel Dieu, l'AP-HP et l'Université de Paris devra être mentionné dans chaque publication.

**Les membres de l'équipe ComPaRe pourront être considérés comme co-auteurs, en fonction de leur implication dans les projets,** selon les règles ICMJE. (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>).



**Le responsable d'un projet de recherche est tenu de communiquer à l'équipe ComPaRe une copie des manuscrits avant soumission pour publication. Il s'engage à prendre en compte les éventuelles modifications suggérées par l'équipe ComPaRe.**

Les signataires des papiers utilisant les données ComPaRe doivent être déterminés en accord avec les équipes impliquées, l'organisation de la recherche et le recueil des données

## 9. Bibliographie

1. Dai H, Alsaihe TA, Chalghaf N, Riccò M, Bragazzi NL, Wu J. The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990–2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. Wareham NJ, editor. PLOS Med [Internet]. 2020 Jul 28 [cited 2023 Apr 25];17(7):e1003198. Available from: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1003198>
2. Folope V. Grossophobie dans le monde soignant, une réalité à combattre. Soins [Internet]. 2021 Sep [cited 2023 May 10];66(858):22–4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0038081421001778>
3. Ansari S, Haboubi H, Haboubi N. Adult obesity complications: challenges and clinical impact. Ther Adv Endocrinol Metab [Internet]. 2020 Jan [cited 2023 Apr 25];11:204201882093495. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2042018820934955>
4. Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. Am J Public Health [Internet]. 2010 Jun [cited 2023 Apr 25];100(6):1019–28. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2009.159491>
5. Gudzone KA, Bennett WL, Cooper LA, Bleich SN. Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. Patient Educ Couns [Internet]. 2014 Oct [cited 2023 May 10];97(1):128–31. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399114002742>
6. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. Obes Rev [Internet]. 2015 Apr [cited 2023 Apr 25];16(4):319–26. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12266>
7. Greiner KA, Born W, Hall S, Hou Q, Kimminau KS, Ahluwalia JS. Discussing weight with obese primary care patients: physician and patient perceptions. J Gen Intern Med. 2008 May;23(5):581–7.
8. Stanford FC, Tauqeer Z, Kyle TK. Media and Its Influence on Obesity. Curr Obes Rep [Internet]. 2018 Jun [cited 2023 May 11];7(2):186–92. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s13679-018-0304-0>
9. Tran VT, Riveros C, Péan C, Czarnobroda A, Ravaud P. Patients' perspective on how to improve the care of people with chronic conditions in France: a citizen science study within the ComPaRe e-cohort. BMJ Qual Saf [Internet]. 2019 Nov [cited 2023 Apr

25];28(11):875–86. Available from:  
<https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2018-008593>

10. Simon R, Lahiri SW. Provider Practice Habits And Barriers To Care In Obesity Management In A Large Multicenter Health System. *Endocr Pract* [Internet]. 2018 Apr [cited 2023 May 10];24(4):321–8. Available from:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1530891X20356093>

11. Gulbrandsen P, Østbye T, Lyna P, Dolor RJ, Tulsy JA, Alexander SC, et al. The influence of physician communication style on overweight patients' perceptions of length of encounter and physician being rushed. *Fam Med*. 2012 Mar;44(3):183–8.

12. Wrede J, Voigt I, Bleidorn J, Hummers-Pradier E, Dierks ML, Junius-Walker U. Complex health care decisions with older patients in general practice: Patient-centeredness and prioritization in consultations following a geriatric assessment. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2013 Jan [cited 2023 May 15];90(1):54–60. Available from:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399112003242>

13. Sidorkiewicz S, Malmartel A, Prevost L, Partouche H, Pinot J, Grangé-Cabane A, et al. Patient-Physician Agreement in Reporting and Prioritizing Existing Chronic Conditions. *Ann Fam Med* [Internet]. 2019 Sep [cited 2023 May 19];17(5):396–402. Available from:  
<http://www.annfammed.org/lookup/doi/10.1370/afm.2444>

14. Dewhurst A, Peters S, Devereux-Fitzgerald A, Hart J. Physicians' views and experiences of discussing weight management within routine clinical consultations: A thematic synthesis. *Patient Educ Couns*. 2017 May;100(5):897–908.

15. Jansen S, Desbrow B, Ball L. Obesity management by general practitioners: the unavoidable necessity. *Aust J Prim Health* [Internet]. 2015 [cited 2023 May 22];21(4):366. Available from: <http://www.publish.csiro.au/?paper=PY15018>

16. Bleich SN, Gudzone KA, Bennett WL, Jarlenski MP, Cooper LA. How does physician BMI impact patient trust and perceived stigma? *Prev Med* [Internet]. 2013 Aug [cited 2023 May 11];57(2):120–4. Available from:  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743513001503>

17. Bui AL, Moscoso MG, Bernabe-Ortiz A, Checkley W, Gilman RH, Smeeth L, et al. A secondary analysis examining the concordance of self-perception of weight and actual measurement of body fat percentage: The CRONICAS Cohort Study. *BMC Obes*. 2019;6:9.

18. Janke EA, Ramirez ML, Haltzman B, Fritz M, Kozak AT. Patient's experience with comorbidity management in primary care: a qualitative study of comorbid pain and obesity. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2016 Jan [cited 2023 May 11];17(01):33–41. Available from: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S1463423615000171](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1463423615000171)
19. Guyatt GH, Bombardier C, Tugwell PX. Measuring disease-specific quality of life in clinical trials. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 1986 Apr 15;134(8):889–95.
20. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesth Analg*. 2018 May;126(5):1763–8.
21. Tran VT, Porcher R, Tran VC, Ravaud P. Predicting data saturation in qualitative surveys with mathematical models from ecological research. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2017 Feb [cited 2023 Apr 28];82:71-78.e2. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0895435616305431>