



**L'équipe des « 5As » pour MD:
Amélioration de la gestion de l'obésité
Enseignement en médecine familiale
Manuel du cours**

Table des matières

Table des matières.....	2
I. L'équipe du cours des « 5As » pour MD	3
A. Les fondateurs des cours	3
B. Les collaborateurs du cours	4
C. Les partenaires.....	7
D. Financement et soutien	7
E. Remerciements.....	7
II. Contexte général.....	8
III. Objectifs d'apprentissage pour le cours des « 5As » pour MD.....	9
A. Objectifs du cours	9
IV. Fondements du cours des « 5As » pour MD.....	10
A. Composantes du cours.....	10
1. Conférences interactives, basées sur l'échange	10
2. Apprentissage par l'expérience	11
3. Suivi à long terme	12
V. Plan de cours.....	12
A. Lectures et vidéos préalables:	12
B. Atelier - Jour 1 (de 2).....	12
C. Atelier - Jour 2 (de 2).....	13
VI. Études de cas des patients : Information pour les apprenants	14
1. Étude de cas no. 1.....	14
2. Étude de cas no.2.....	14
3. Étude de cas no. 3.....	14
4. Étude de cas no. 4.....	15
VII. Étude de cas : auprès de patients standardisés SEULEMENT	15
1. Entrevue médicale pour l'étude de cas no. 1 : M. Joseph Mendoza	15
2. Entrevue médicale pour le cas no 2 : Mme Tracy Erikson	22
3. Entrevue médicale de l'étude de cas no. 3 : M. Alan Woods	28
4. Entrevue médicale pour l'étude de cas no.4 : Mme Eliza Aimes.....	34
VIII. Annexe A : Évaluation avant et après l'atelier.....	38
IX. Annexe B : Lectures suggérées préalablement au cours	42

A.	Les préjugés liés au poids en milieu médical	42
B.	Les "5As" de la gestion de l'obésité™™	43
C.	Lectures complémentaires.....	43
X.	Annexe C : Instructions pratiques pour des réflexions narratives.....	44
A.	Après la combinaison bariatrique	44
B.	Après la visite clinique des patients.....	44
XI.	Annexe D : Documents à distribuer aux apprenants	45
1.	Étude de cas 1 : M. Joseph Mendoza.....	45
2.	Étude de cas no.2 : Mme Tracy Erikson	46
3.	Étude de cas no.3 : M. Alan Woods	47
4.	Étude de cas 4 : Mme Eliza Aimes.....	48

I. L'équipe du cours des « 5As » pour MD

A. Les fondateurs des cours



Dre Denise Campbell-Scherer a obtenu un baccalauréat en génie du Collège militaire royal du Canada et un doctorat en pathologie portant sur les nouvelles approches de la thérapie photodynamique, avant de terminer ses études de médecine à l'Université de Toronto en 2000. Après sa résidence en médecine familiale à l'Université McMaster, elle a travaillé en tant que médecin de famille en région rurale nordique du Canada, elle a également acquis une vaste expérience en tant qu'éducatrice aux programmes de résidence en médecine de famille tant à l'Université du Michigan qu'à l'Université de l'Alberta. Forte d'une expérience en pratique clinique fondée sur les données probantes, elle a été active à l'échelle internationale en tant que formatrice dans le cadre d'ateliers « Evidence-Based Clinical Practice » (EBCP) de l'Université McMaster et Duke destinés à des apprenants multidisciplinaires pendant 15 ans. Elle a été rédactrice adjointe de l'une des revues du « *BMJ Evidence-based Medicine* » pendant six ans. Ses recherches portent sur la façon d'améliorer les soins primaires des personnes ayant de l'obésité et de multimorbidités. Elle dirige une équipe de recherche interdisciplinaire, est codirectrice et co-chercheuse de plusieurs importantes subventions de recherche tant aux niveaux nationale, qu'albertaine.



Dr Arya M. Sharma a été recrutée de l'Université Humboldt, située à Berlin, en Allemagne, en 2002, pour l'obtention d'une chaire de recherche du Canada (niveau 1) en obésité cardiovasculaire et en gestion de l'obésité à l'Université McMaster. En 2007, il a accepté un poste de professeur et titulaire d'une chaire de recherche et de gestion de l'obésité à l'Université de l'Alberta, où il est également codirecteur médical du programme *Alberta Health Services Provincial Obesity*. En 2005, il a été la figure de proue du lancement du programme Obésité Canada qui, avec plus de 12 000 membres, a remarquablement transformé le paysage de la recherche et de la gestion de l'obésité au Canada. Il est également président sortant de l'Association canadienne des médecins et chirurgiens bariatriques. Ses recherches portent sur une approche fondée sur les données probantes de la prise en charge des patients ayant de l'obésité et pour ce faire il développe un système qu'il intitule « *Edmonton Obesity Staging System* » également connus sous l'acronyme (EOSS). Le Dr Sharma est l'auteur ou le coauteur de plus de 350 publications et a donné de nombreuses conférences sur l'étiologie et la prise en charge de l'hypertension, de l'obésité et des troubles cardiométaboliques connexes. Le Dr Sharma est régulièrement présenté en tant qu'expert médical à la télévision nationale et internationale, ainsi que dans la presse écrite, notamment à la *CBC*, à *CTV*, au *New York Times* et à *MSNBC*. Le Dr Sharma tient un blogue grand public où il affiche régulièrement ses idées et ses réflexions sur la prévention et la prise en charge de l'obésité: <http://www.drsharma.ca>

B. Les collaborateurs du cours



Dre Erin Cameron est professeure adjointe à l'École des sciences de l'activité physique et des loisirs de l'Université Memorial, dont les recherches portent sur l'approche critique l'éducation sanitaire, la promotion et la pédagogie. Sa recherche reconnaît que les partenariats interdisciplinaires entre la santé, l'éducation et les loisirs sont partie intégrante de l'ensemble du continuum des soins et qu'ils sont essentiels à la promotion de la santé et du mieux-être. En tant que spécialiste de l'éducation, les travaux les plus récents de la Dre Cameron portent sur l'utilisation de pédagogies transformatrices en milieu scolaire de manière à promouvoir la diversité corporelle et de l'inclusion afin que tous puissent se sentir soutenus pour mener une vie saine et active. Elle est la principale agente de liaison pour l'enseignement médical/la recherche en santé et la pédagogie pour le programme des « 5As » pour MD.



Madame Alison Connors est infirmière clinicienne spécialisée en pédiatrie au sein de l'équipe provinciale albertaine des ressources bariatriques, soins de santé primaires de l'*Alberta Health Services*. Alison est détentrice d'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick et d'une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de l'Alberta. Bien qu'Alison ait fourni des soins à des clientèles de tous âges et de tous milieux de soins, la majorité de son expérience clinique s'est concentrée auprès de la santé de la mère et du nouveau-né ainsi que de l'enfant. Sa pratique a été fortement ancrée dans la promotion de la santé, de la prévention des maladies et blessures. Dans son rôle au sein de l'équipe, Alison travaille à accroître l'accessibilité des enfants et des familles au service pédiatrique de gestion du poids ainsi qu'au soutien auprès des professionnels de la santé qui œuvrent auprès des enfants et des familles dans les domaines de la gestion du poids pédiatrique et de la prévention de l'obésité.



Monsieur Marty Enokson est un « patinant partenaire » fier défenseur des droits des patients auprès d'Obésité Canada et il a participé activement à l'éducation des professionnels de la santé et des stagiaires concernant l'impact des préjugés liés au poids et de la stigmatisation sur la santé et le bien-être des personnes vivant avec l'obésité. Marty est un orateur passionné qui vise à apporter un changement positif dans la façon dont les gens en général perçoivent et considèrent les personnes vivant avec l'obésité. L'objectif de Marty est d'apporter des changements, même si cela doit se faire une personne à la fois. Marty est un conférencier reconnu à l'échelle nationale qui a été interviewé à la radio de la CBC, CTV et a été l'un des principaux conférenciers au Sommet canadien sur l'obésité, 2015.



Dr Doug Klein est professeur agrégé au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta. Son expérience en recherche comprend des méthodes de recherche à la fois qualitatives et quantitatives. Il entretient des liens étroits avec les médecins de soins primaires par l'intermédiaire de son travail au sein des *Primary Care Networks* en Alberta. Le Dr Klein possède une expertise en matière de changement de comportement, y compris par l'utilisation de la théorie du comportement planifié, qui est souvent utilisée lors d'interventions liées au mode de vie. Il a été recruté pour son expérience en recherche en soins primaires par des comités tant provinciaux, que nationaux. Le Dr Klein est un spécialiste reconnu pour ses interventions en matière de mode de vie dans un contexte de soins primaires. Il mène actuellement en Alberta plusieurs projets de recherche ainsi que de promotion de la santé en soins primaires. Il a prononcé un discours-programme sur la modification du mode de vie lors de l'assemblée annuelle du Collège des médecins de famille de l'Alberta en février 2013.



Madame Melanie Heatherington est la coordonnatrice d'étude pour le programme du groupe des « 5As » des Drs Campbell-Scherer et Sharma. Elle est détentrice d'une maîtrise en psychologie de l'éducation de l'Université de l'Alberta, avec spécialisation en évaluation psychologique. Elle s'est ensuite tournée vers la recherche communautaire en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité de vie et de la santé des populations vulnérables.



Dre Rena LaFrance est médecin-chef du Centre pédiatrique du poids et de la santé à l'Hôpital Misericordia d'Edmonton en Alberta au Canada. Elle est également directrice médicale pour les maladies chroniques pédiatriques (ce service est offert à l'échelle de la province) du service de soins de santé primaires de l'Alberta Health Services. Dre LaFrance a obtenu ses trois premiers diplômes, dont deux baccalauréats en microbiologie et en médecine, ainsi que son doctorat en médecine à l'Université du Manitoba. Elle a complété sa résidence de 5 ans en psychiatrie à l'Université de l'Alberta, où elle y étudie les troubles alimentaires. Elle a ensuite obtenu son FRCPC (Fellow du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada). Elle pratique depuis 10 ans la médecine pédiatrique bariatrique en pratique clinique. Elle espère ainsi prévenir de futures maladies chez les enfants et les membres de leur famille en se concentrant sur les déterminants biologiques, psychologiques et sociaux du poids. Depuis 2006, elle s'occupe également du traitement et du soutien de patients pédiatriques à l'Hôpital pour enfants Stollery d'Edmonton, au Canada. Elle y voit des enfants atteints de diverses maladies, dont le diabète, la greffe cardiaque, le cancer, la migraine, la douleur et l'épilepsie. Elle est également professeure adjointe de clinique pour deux départements à l'Université de l'Alberta soit : au Département de psychiatrie et au Département de pédiatrie.



Dre Thea Luig est anthropologue médicale et boursière postdoctorale au Département de médecine de l'Université de l'Alberta. Elle travaille avec les Drs Denise Campbell-Scherer et Arya Sharma dans le cadre du projet du groupe des « 5As », qui vise à améliorer la qualité de la gestion et de la prévention de l'obésité en milieu de soins primaires. La Dre Luig opte pour l'étude de l'intersection des différences sociales, culturelles et humaines dans ses recherches selon l'approche expérientielle des interactions au sein de milieu de la santé et de la gestion de la santé. Elle est une chercheuse qualitative qui met l'accent sur la recherche engagée et les approches collaboratives. Dre Luig a effectué des recherches auprès des communautés des Premières nations dans les régions éloignées du Nord du Canada pour sa maîtrise et son doctorat. Elle a terminé ses études de premier cycle et sa maîtrise en anthropologie socioculturelle, en psychologie de la santé et en études de l'Europe de l'Est en 2008 à l'Université libre de Berlin, en Allemagne. Son travail de doctorat portait sur les expériences de souffrance et de guérison, il fut complété en 2015 à l'Université de l'Alberta.

Madame Karen Moniz est détentricrice d'un baccalauréat en nutrition, elle est également inscrite au programme de maîtrise en éducation des sciences de la santé à l'Université de l'Alberta. Karen a travaillé pour les services de santé de l'Alberta en cardiologie, en soins intensifs de cardiologie et avec l'équipe de transplantation cardiaque, ainsi qu'à la Division des soins primaires, où elle a fait la promotion du mieux-être et des programmes de santé communautaire. Elle possède 12 ans d'expérience en enseignement à l'Université MacEwan et travaille maintenant au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta, où elle se concentre sur la médecine comportementale et le perfectionnement du corps professoral, et elle est une ardente défenderesse de l'éducation et de la pratique en santé et mieux-être.



Dre Sonja Wicklum est professeure adjointe de clinique à la *Cumming School of Medicine* de l'Université de Calgary au Département de médecine familiale. Elle enseigne la médecine familiale au centre-ville de Calgary. Ses recherches portent sur l'éducation médicale, la prévention et la gestion des maladies chroniques dont auprès des communautés des Premières Nations. Avant son arrivée à Calgary, Dre Wicklum a pratiqué la médecine familiale en milieu rural tant au Montana et qu'en Ontario, en plus de travailler comme consultante à temps partiel à la clinique de gestion du poids à Ottawa.

C. Les partenaires



Obésité Canada est la plus importante association canadienne sur l'obésité, composée de professionnels de la santé, de chercheurs, de décideurs et de personnes qui s'intéressent à l'obésité. Avec plus de 12 000 membres, OC a pour mission d'améliorer la vie des Canadiens touchés par l'obésité par l'intermédiaire d'effort pour soutenir les luttes contre les discriminations, pour la prévention et les traitements. Pour plus amples informations, visitez le site OC : <https://obesitycanada.ca/fr/>

D. Financement et soutien

Tant le projet du groupe des « 5As » que les outils ont été créés grâce à l'appui des organismes tels que l'*Alberta Innovates Health Solutions*, du *Edmonton Southside Primary Care Network* ainsi que des facultés de médecine et de dentisterie de l'Université de l'Alberta, de l'*Academic Technologies* et de l'*Office of Education*. Le cours des « 5As » pour MD a été développé avec le soutien d'une subvention à l'éducation sans restriction de Novo Nordisk.



E. Remerciements

Nous aimerions remercier nos étudiants, Albert Vu, Shuai Li, Jaskaran Singh, Badi Jabbour, Emily King, et Carlos Lara, pour leur travail pour les cours des « 5As » pour MD. Ces étudiants ont participé à différentes

composantes du cours, de la phase de pré-élaboration à la conception du cours. Nous n'aurions pas pu mettre ce cours sur pied sans tout leur travail acharné.

II. Contexte général

L'obésité a atteint des proportions épidémiques dans le monde entier et constitue un facteur de risque pour de nombreuses maladies chroniques, dont les maladies cardiovasculaires, le diabète et le cancer (1,2). Bien que la prévention et la prise en charge de l'obésité exigent une approche axée sur le cycle de vie qui doit être intégrée aux soins primaires, il existe un manque important de capacité dans les soins primaires pour assurer une prévention et une gestion efficaces de l'obésité (« gestion du poids ») (3-5). Malgré les appels des organismes internationaux du domaine de la santé et des professionnels pour améliorer le contenu de formation, cette recommandation n'a pas été appliquée et aucun programme de formation n'est largement reconnu à ce jour (5,6). Par conséquent, les résidents en médecine et les médecins praticiens se sentent mal préparés et indiquent une méconnaissance sur le sujet et un manque de confiance nécessaires pour répondre efficacement aux préoccupations de leurs patients aux questions relatives au poids (7-9). Ce qui complique encore cette question est la désinformation concernant la chronicité et la complexité de l'obésité, ce qui a entraîné des attitudes négatives et des attentes irréalistes tant chez le médecin que chez le patient (5, 7, 10). En fait, plusieurs médecins ne discutent même pas de poids sur une base régulière et de nombreux patients se sentent mal à l'aise d'en parler (7-9). Il est urgent de combler cette lacune et de créer des programmes de formation de haute qualité, fondés sur des données probantes, qui peuvent être diffusés à l'échelle nationale et internationale pour améliorer la formation médicale.

Le cours suivant est sous forme de modules d'apprentissage d'un programme éducatif complet conçu pour les résidents en médecine basé sur le groupe des « 5As » qui sont (Agréer, Apprécier, Accompagner, s'Associer et Aider), en titre original sous la forme de (*5As of Obesity Management™* soit [*“Ask, Assess, Advise, Agree, and Assist”*]) est un programme d'encadrement et un ensemble de ressources pour améliorer la gestion du poids. Il a été démontré que ce programme d'encadrement améliore la volonté et l'efficacité des praticiens dans la prise en charge de l'obésité, ainsi que l'augmentation et l'amélioration des interactions lors de gestion du poids [11,12] Le programme offre une formation sur la thématique de l'obésité, un apprentissage expérientiel et une pratique clinique dans le but de former des membres d'équipes soignantes ayant les compétences et les connaissances nécessaires pour transformer les soins aux patients.

1. NHLBI. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. National Heart, Lung, and Blood Institute in cooperation with The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 1998.

2. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA*. 2010 Jan 20;303(3):235-41.
3. Asselin J, Osunlana A, Ogunleye A, Sharma A, Campbell-Scherer D. Missing an opportunity: the embedded nature of weight management in primary care. *Clin Obes*. 2015;5(6):325-332.
4. Rippe JM, McInnis KJ, Melanson KJ. Physician Involvement in the Management of Obesity as a Primary Medical Condition. *Obes Res*. 2001 Nov 1;9(S11):302S-311S.
5. Dietz WH, Baur LA, Hall K, Puhl RM, Taveras EM, Uauy R, et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *The Lancet*. 2015;385(9986):2521-33.
6. RCP report concludes that all health professionals need obesity training [Internet]. RCP London. 2010 [cited 2016 Apr 29]. Available from: <https://www.rcplondon.ac.uk/news/rcp-report-concludes-all-health-professionals-need-obesity-training>
7. Kirk SFL, Price SL, Penney TL, Rehman L, Lyons RF, Piccinini-Vallis H, et al. Blame, Shame, and Lack of Support: A Multilevel Study on Obesity Management. *Qual Health Res*. 2014 Apr 11;24(6):790-800.
8. Ruser CB, Sanders L, Brescia GR, Talbot M, Hartman K, Vivieros K, et al. BRIEF REPORT: Identification and Management of Overweight and Obesity by Internal Medicine Residents. *J Gen Intern Med*. 2005 Dec 1;20(12):1139-41.
9. 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.
10. Block JP, DeSalvo KB, Fisher WP. Are physicians equipped to address the obesity epidemic? Knowledge and attitudes of internal medicine residents. *Prev Med*. 2003 Jun;36(6):669-75.
11. Ogunleye A, Osunlana A, Asselin J, Cave A, Sharma AM, Campbell-Scherer DL. The 5As team intervention: bridging the knowledge gap in obesity management among primary care practitioners. *BMC Res Notes*. 2015 Dec;8(1):1-13.
12. Asselin J, Salami E, Osunlana AM, Ogunleye AA, Cave A, Johnson JA, et al. Impact of the 5As Team study on clinical practice in primary care obesity management: a qualitative study. *CMAJ Open*. 2017 Apr 26;5(2):E322-9.

III. Objectifs d'apprentissage pour le cours des « 5As » pour MD

A. Objectifs du cours

À la fin de ce cours, chaque résident en sera en mesure d' :

1. Identifier que l'obésité est une maladie chronique
2. Aider les patients à comprendre comment leur comorbidité et leur contexte personnel sont liés à leur gestion de l'obésité.
3. Appliquer les « 5As » de la gestion de l'obésité au sein d'une équipe interdisciplinaire de soins.
4. Apprécier l'obésité en identifiant les causes profondes et les priorités en matière de soins grâce à une approche clinique collaborative.
5. Reconnaître l'impact des préjugés et de la stigmatisation liés au poids sur l'expérience des gens en matière de soins.

IV. Fondements du cours des « 5As » pour MD

Le cours des « 5As » pour MD est conçu pour être à la fois pratique et adaptable selon différents contextes et besoins éducatifs. Ses composantes comprennent les éléments suivants:

A. Composantes du cours

1. Conférences interactives, basées sur l'échange

Les thèmes fondamentaux suivants devraient être inclus dans le contenu du cours des « 5As » pour MD:

a) *Les « 5As » de la gestion de l'obésité*

- L'obésité est une maladie chronique qui dure toute la vie
- Une prise en charge efficace de l'obésité ne se limite pas à des chiffres inscrits à la balance, mais elle vise plutôt la promotion de la santé.
- La gestion de l'obésité semble différente et implique une évaluation des causes profondes selon les personnes.

b) *Les « 4Ms » de gestion de l'obésité [l'appréciation des causes profondes] sont*

- **Mécanique** [c.-à-d. : apnée du sommeil, problèmes respiratoires, douleur, mobilité, incontinence urinaire, problèmes gastro-intestinaux, problèmes de peau]
- **Métabolique** [c.-à-d. : maladie cardiaque, diabète, cancer, maladie du foie, SOPK]
- **Monétaire [sociale]** [c.-à-d. : ressources pour l'alimentation, ressources pour les activités]
- **Mentale** [c.-à-d. : stress, alimentation émotionnelle, humeur, médicaments, dépendance, manque de sommeil]

c) *Outils et le site Web des « 5As »*

- Outils pour soutenir les rencontres de soins primaires
- Modules éducatifs peuvent être utilisés en tant que ressources <https://obesitycanada.ca/5as-landing/>

d) *Comparaison entre l'Edmonton Obesity Staging Scale (EOSS) et l'indice de masse corporelle (IMC)*

e) *Les « 5As » d'une grossesse saine*

- Graphiques de gain de poids gestationnel

f) *Les « 5As » en milieu pédiatrique*

- Prévention de l'obésité infantile

g) Stratégies de rencontre avec les patients

- Démonstration d'une rencontre soignant-patient à l'aide de l'approche collaborative des « 5As »

h) Gestion de l'obésité

- Basé sur les preuves - l'activité physique se distingue de l'exercice.
- Distinguer le rôle de l'activité physique dans la santé de celui joué pour le poids
- Le rôle de l'alimentation émotionnelle et des troubles psychiatriques plus spécifiquement celui des troubles boulimiques
- Options diététiques fondées sur des données probantes
- Le rôle des médicaments et de la chirurgie
- Quand adresser un patient à une clinique tertiaire

2. Apprentissage par l'expérience

L'apprentissage par l'expérience est une composante importante du cours des « 5A » pour MD. Les résultats de notre étude pilote suggèrent que ces expériences sont cruciales pour accroître la capacité des résidents à s'engager avec empathie auprès des patients et à réfléchir de façon critique sur les implications pour leur pratique. Puis des retours en petits groupes qui suivent chaque composante de l'apprentissage par l'expérientiel, ce qui permet aux résidents d'établir des liens significatifs entre leur expérience avec les activités suivantes et leur pratique quotidienne.

a) Expérience en combinaison bariatrique

Les résidents ont la possibilité de porter une combinaison bariatrique et de passer environ 15 minutes dans un « *Smart Condo* » tout en exécutant des tâches de la vie quotidienne (s'habiller, nettoyer l'appartement, se lever du lit, faire son lit). Les résidents sont alors invités à faire l'expérience, mais cette fois en revêtant le costume pour vivre l'encombrement et ainsi réfléchir sur la qualité des recommandations qu'ils donnent à leurs patients.

b) Pratique avec des patients normalisés

Les résidents démontrent leur utilisation des « 5As » en pratiquant auprès de patients standardisés. Les cas des patients ont été conçus pour mettre l'accent sur des parties précises des « 5As » soit : **A**GRÉER, **A**PPRÉCIER, **A**CCOMPAGNER, **S'**ASSOCIER ET **A**IDER). Ce qui permet aux résidents de pratiquer les compétences et les outils qu'ils ont appris. « Composante 5 » - Après cet exercice, les résidents font le compte-rendu en petits groupes incluant leur formateur, le patient normalisé et les pairs.

c) Pratique en clinique

Les résidents mettent en pratique les compétences et les connaissances nouvellement acquises avec l'un de leurs propres patients à la clinique et en réfléchissent sur leur expérience à l'aide d'un récit d'une page, qu'ils présenteront avec leur formateur.

3. Suivi à long terme

Pour des fins d'évaluation, il est possible qu'il soit demandé aux résidents de participer à un groupe de discussion, à une entrevue individuelle ou à un sondage sur la façon dont l'atelier peut ou non avoir influé sur leur pratique à long terme.

V. Plan de cours

A. Lectures et vidéos préalables:

Les résidents sont priés de remplir et de soumettre les questionnaires suivants avant l'atelier. Ils doivent répondre à toutes les questions avant de recevoir le reste de la documentation, soit.

- Évaluation pré-atelier
- NEW Attitudes Scale¹ (**voir l'annexe A**)

Les résidents peuvent également recevoir du matériel de lecture préalable, notamment:

- Freedhoff Y, Sharma AM. *“Best Weight”*: A practical guide to office-based obesity management. Ressource gratuite en format PDF disponible uniquement en anglais auprès de : <http://www.obesitynetwork.ca/best-weight>
- Voir l'**annexe B** pour consulter la liste des suggestions
- Vidéo d'une rencontre simulée auprès d'un patient et d'un professionnel de la santé dans le cadre d'une évaluation des « 4Ms » <https://www.youtube.com/watch?v=1RaeW83ahnc&t=28s>

(Plusieurs de ses ressources ne sont offertes qu'en anglais)

B. Atelier - Jour 1 (de 2)

1. Le premier des deux jours de l'atelier débutera par une présentation d'introduction à la gestion de l'obésité. Les conférences interactives couvriront des sujets tels que :
 - Information sur la chronicité et la complexité de l'obésité
 - Une introduction aux « 5As » de la gestion de l'obésité et à la trousse d'outils des « 5As » (une trousse sera remise à chacun des résidents). Management Toolkit (a toolkit will be provided to each resident).

- La gestion de l'obésité en milieu pédiatrique
 - La Trousse d'outils des « 5As » comprend également des éléments dont les résidents auront besoin pour réaliser **les entrevues normalisées auprès de patients qui elles auront lieu lors de la deuxième journée de l'atelier.**
2. Après les présentations, les résidents se diviseront en sous-groupes et se relaieront dans trois stations pour une période de 45 minutes:
 - Occasion unique de revêtir une « combinaison bariatrique » pour ainsi pratiquer les tâches de la vie quotidienne dans un environnement d'enseignement spécialement aménagé. **On demandera à chaque résident d'écrire une réflexion narrative sur son expérience avec le costume bariatrique. (Voir l'annexe C)**
 - Familiarisation et discussion avec les outils inclus dans la trousse des « 5As » et de ceux des « 5As » pour MD
 - Discussions interactives sur la gestion de l'obésité en milieu pédiatrique

C. Atelier - Jour 2 (de 2)

1. La deuxième journée débutera par des conférences interactives sur la gestion de l'obésité : options de mode de vie et médicaments approuvés.
2. Les résidents se répartiront en sous-groupes, animés par leur instructeur, et ils seront invités à partager avec les membres du groupe leur réflexion narrative concernant leur expérience avec le costume bariatrique.
3. Les résidents auront possiblement formulé de nouvelles perceptions concernant l'obésité et la gestion de celle-ci à la suite de leur expérience ce qui devrait être abordé.
4. Suivront des entrevues avec des patients standardisés.
5. **À la fin de la deuxième journée, les résidents seront invités à remplir les questionnaires suivants (voir l'annexe A):**
 - Évaluation postérieure à l'atelier
 - NEW Attitudes Scale ¹
 - La dernière requête sera que les résidents remplissent et de soumettent **par courriel un PNR post-atelier (no 2 sur 2)** basé sur un patient ou un cas de leur clinique, à l'aide de la trousse d'outils des « 5As » (**voir annexe C**)

1. Ip EH, Marshall S, Crandall SJ, Vitolins M, Davis S, Miller D, Kronner D, Vaden K, Spangler J. (2013). Measuring medical student attitudes and beliefs regarding obese patients. *Academic Medicine*, 88, 282-289. PMID:PMC3826984

VI. Études de cas des patients : Information pour les apprenants

Renseignements sur l'entrevue avec le patient pour les résidents:
À l'aide des outils/ressources à votre disposition, évaluez les facteurs de risque du patient et les obstacles à la gestion de son poids. Cherchez à vous entendre sur un objectif raisonnable, une stratégie potentielle et fournir des ressources pour aider le patient à gérer son poids.

1. Étude de cas no. 1

Monsieur Joseph Mendoza

Joseph Mendoza est un homme de 43 ans originaire des Philippines qui a récemment immigré au Canada il y a trois ans. Il vit maintenant à Edmonton et est un père seul. Cette visite sera sa deuxième visite chez le médecin depuis son arrivée au Canada, mais c'est la première fois que vous le rencontrez. La principale préoccupation du patient semble être sa douleur chronique au genou et sa fatigue.

En utilisant les « 5As » de la gestion de l'obésité pour structurer votre entrevue, **les objectifs clés requis** sont en caractères gras, tandis que les autres peuvent être facultatifs:

AGRÉER **APPRÉCIER** Accompagner s'Associer Aider

Voir l'annexe D.1 du document à distribuer à l'apprenant concernant les détails de ce cas

2. Étude de cas no.2

Madame Tracy Erikson

Madame Danielle Erikson est une mère de 35 ans vivant seule avec ses deux jeunes filles : Tracy 11 ans qui a un surplus de poids, tandis que Tina 8 ans est elle maigre. Mme Danielle Erikson est petite, mais son ex-mari était très costaud. Danielle s'inquiète pour ses filles et cherche également des conseils pour aider sa fille qui est en surpoids à perdre du poids.

En utilisant les « 5As » de la gestion de l'obésité pour structurer votre entrevue, **les objectifs clés requis** sont en caractères gras, tandis que les autres peuvent être facultatifs :

Agréer **APPRÉCIER** **ACCOMPAGNER** **S'ASSOCIER** Aider

Voir l'annexe D.2 du document de l'apprenant concernant ce cas.

3. Étude de cas no. 3

Monsieur Alan Woods

Alan Woods est un homme timide de 55 ans qui travaille comme comptable agréé pour un cabinet comptable au centre-ville d'Edmonton. Son médecin de famille depuis vingt ans, a récemment pris sa retraite. C'est sa troisième visite avec vous. Ses antécédents médicaux révèlent du diabète, de l'hypertension artérielle, de la coronaropathie ainsi qu'une dépression. Lors de sa dernière visite à la clinique, vous lui avez diagnostiqué une apnée obstructive du sommeil et vous lui avez posé des questions sur son poids. Vous avez ainsi pris des dispositions pour qu'il revienne à la clinique de manière à discuter avec lui de diverses options de gestion du poids.

En utilisant les « 5As » de la gestion de l'obésité pour structurer votre entrevue, **les objectifs clés requis** sont en caractères gras, tandis que les autres peuvent être facultatifs:

Agréer **APPRÉCIER** **ACCOMPAGNER** **S'ASSOCIER** Aider

Voir l'**annexe D.3** du document de l'apprenant concernant ce cas.

4. Étude de cas no. 4

Madame Eliza Aimes

Eliza Aimes est une femme de 26 ans qui est au 1 ou 2 mois de sa deuxième grossesse. Il y a maintenant trois ans que son premier fils est né. Sa première grossesse a été marquée par une prise de poids considérable. Elle craint que cela ne se reproduise, ainsi elle vous demande des conseils sur la prise de poids lors de la grossesse.

En utilisant les « 5As » de la gestion de l'obésité pour structurer votre entrevue, **les objectifs clés requis** sont en caractères gras, tandis que les autres peuvent être facultatifs:

Agréer **APPRÉCIER** **ACCOMPAGNER** **S'ASSOCIER** AIDER

Voir l'**annexe D.4** du document de l'apprenant concernant ce cas.

VII. Étude de cas : auprès de patients standardisés SEULEMENT

1. Entrevue médicale pour l'étude de cas no. 1 : M. Joseph Mendoza

a) Résumé de l'étude de cas no. 1

Joseph Mendoza est un homme de 43 ans originaire des Philippines qui a immigré au Canada il y a maintenant trois ans. Il vit maintenant à Edmonton et est un père qui éduque seul ses trois enfants âgés entre 10, 14 et 16 ans. Après le divorce, il doit maintenant occuper deux emplois exigeants pour joindre les deux bouts : gardien d'école secondaire pendant la journée et assistant de cuisine dans un restaurant philippin le soir. Ses heures de travail pénibles, son stress et son alimentation émotive

ont nui à sa santé physique, et maintenant sa qualité de vie s'en trouve perturbée. Il consulte un médecin de famille pour la deuxième fois seulement depuis son arrivée au Canada. Il espère qu'il/elle pourra l'aider à gérer sa douleur chronique au genou ainsi que sa fatigue..

b) *Objet de l'étude de cas no. 1 et objectifs clés pour les apprenants*

Pratiquez l'application des « 5As » de la gestion de l'obésité lors de l'entretien avec un patient. L'objectif principal de l'entrevue est que l'apprenant **s'exerce à utiliser les éléments en caractères gras**. Les autres objectifs peuvent être facultatifs :

- **AGRÉER** - Établir un rapport de confiance avec le patient, comprendre sa situation de vie et demander respectueusement la permission de discuter de son poids.
- **ASSESS** – Use provided tools to assess the patient's symptoms, medical complications, and social/lifestyle factors as they relate to obesity.
 - *Ostéoarthrite* - prise de poids rapide, répartition du poids, douleur chronique au genou
 - *Apnée obstructive du sommeil* - ronflement, fatigue diurne excessive
 - *Hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé et prédiabète (taux de sucre sanguin à la limite élevé)*
 - *Dépression et stress*
 - *Manger émotivement*
 - *Contraintes financières*
 - **A**ccompagner - si le temps le permet, mais ce n'est pas l'objet principal de la présente affaire.
 - **s'Ass**ocier - ce n'est pas l'objet de la présente affaire.
 - **A**ider - ce n'est pas l'objet de cette affaire.

c) *Scénario détaillé de l'étude de cas et des instructions intérimaires pour le cas no. 1 : M. Joseph Mendoza*

Contexte : Deuxième visite à la clinique chez le médecin de famille

Âge : 43 ans

Caractéristiques physiques : Homme philippin d'âge moyen. Hauteur : ~5 pieds 3 pouces de hauteur. Poids : ~215 livres. vivant avec l'obésité

Présentation de la requête : Vous souffrez de douleur chronique au genou et de la fatigue.

Phrase d'introduction : « Mes genoux me font mal et je me sens tout le temps fatigué. C'est si dur de passer à travers la journée maintenant. Y a-t-il quelque chose que vous pouvez faire pour m'aider ? »

Instructions pour l'acteur : Vêtu d'un jean usé et d'un t-shirt uni et ample. Vous êtes assis dans une position « fermée » les bras croisés ; vous n'êtes pas très à l'aise dans les cabinets médicaux, car vous n'avez eu qu'une poignée de rendez-vous médicaux dans votre vie. Vous vous détendez et ouvrez votre langage corporel que si l'apprenant est accueillant et vous met à l'aise.

Vous n'êtes pas très bavard au début de la visite, mais vous êtes plus disposé à poursuivre la conversation et à raconter votre histoire à mesure que l'entrevue avance. Bien que vous soyez venu au bureau pour vous plaindre de douleurs au genou et de fatigue, le problème fondamental est votre gain de poids. Vous n'abordez pas vous-même la question du poids. Une fois que vous sentez que l'apprenant a pris le temps de comprendre votre situation de vie, de gagner votre confiance en vous mettant à l'aise, vous devenez plus enthousiaste à partager cette information. L'apprenant devrait explicitement vous demander la permission de discuter de votre poids. S'ils ne le font pas, vous devez agir comme si cela vous mettait mal à l'aise, être timide et moins ouvert à l'égard de l'information. Une fois que la conversation aura pris un tournant vers le sujet de votre poids, vous êtes soulagé et reconnaissez ouvertement qu'il s'agit d'un problème que vous voulez régler.

Problèmes médicaux :

Vous n'aviez pas de médecin de famille régulier lorsque vous viviez aux Philippines, donc vous n'aviez pas de bilan de santé régulier. Vous n'avez reçu aucun diagnostic officiel de maladie. Vous ne pouvez pas penser à quoi que ce soit qui pourrait être considéré comme un problème de santé ou une maladie.

Douleur chronique au genou (arthrose)

- Apparition à l'âge de 40 ans (il y a trois ans), la douleur était perceptible, mais ne perturbait pas encore vos activités
- Gestion de la douleur - 2 comprimés de Tylenol extra-fort - utilisés rarement jusqu'à il y a 2 ans, lorsque la douleur est devenue plus régulière et ne disparaissait plus. Le Tylenol ne fonctionne plus comme avant.
- Vous marchez tous les jours et êtes debout toute la journée à cause de votre travail - Vous avez peur que cela commence à compromettre votre performance au travail. Ne veut pas que ses collègues de travail ou ses patrons soient mis au courant de ses problèmes de genoux.

Fatigue (Apnée obstructive du sommeil)

- Apparition à l'âge de 43 ans (il y a 1 mois)
- Devenir plus fatigué pendant la journée, cela même si vous dormez 8 heures par nuit
- Boit une tasse de thé noir caféiné chaque matin et évite les siestes
- Épuisé - une fois vous avez failli vous endormir debout au travail - vous vous sentez frustré comme si vous pouviez vous endormir à tout moment

Si l'apprenant vous pose des questions sur le ronflement, mentionnez que vos enfants vous ont dit que vous avez récemment commencé à ronfler très fort la nuit et qu'il semble parfois que vous avez de la difficulté à respirer dans votre sommeil.

Hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé, taux de glycémie à la limite de l'hyperglycémie

- Apparition il y a environ 1 an
 - Le médecin précédent avait recommandé un suivi pour discuter de la prise en charge, mais Joseph n'y a pas donné suite en raison d'un horaire de travail chargé
- Vous êtes disposé à discuter de la gestion de ces problèmes de santé, mais ce n'est pas l'objet de cette entrevue. L'apprenant devrait mettre l'accent sur l'évaluation des facteurs complexes qui contribuent à votre gain de poids, et la conversation devrait être redirigée vers vos antécédents sociaux. Si l'apprenant insiste pour discuter de la prise en charge et/ou du traitement, dites-lui que vous pensez qu'il serait plus approprié d'en discuter lors d'un rendez-vous ultérieur.*

Gain de poids

- Aux Philippines, vous aviez un mode de vie actif et une alimentation équilibrée, de plus vous aviez maintenu un poids santé pendant la plus grande partie de votre vie.
- Lorsque vous êtes arrivé au Canada avec votre famille, vous étiez en bonne santé, mais avec un poids supérieur à la moyenne, sans toutefois avoir aucun problème de santé majeur
- En prenant régulièrement du poids à la suite d'un divorce il y a deux ans – soit entre 18 et 23 kilos (40-50 lb).
- Vous attribuez votre récente prise de poids au ralentissement de votre propre métabolisme, et vous espérez qu'il n'en sera pas de même pour vos enfants lorsqu'ils atteindront votre âge.

Antécédents familiaux:

- Came from a lower middle class Filipino family that never question the value of a good work ethic.

- Vous êtes issu d'une famille philippine de classe moyenne inférieure qui ne remet jamais en question la valeur éthique du travail bien fait Vous leur attribuez le mérite de vous avoir fait prendre conscience de la valeur du travail acharné et de l'importance de prendre soin de votre famille, et vous essayiez d'imiter leur style parental avec vos propres enfants.
- Vous ne vous connaissez aucun problème de santé familial, cependant vous ne pouvez en être certain, puisque votre famille ne consultait pas vraiment le médecin dès le début.
- Vous avez un fils de 16 ans, une fille de 14 ans et un fils de 10 ans et tous sont en bonne santé, avec un métabolisme élevé et un poids correspondant à leur moyenne.

L'histoire de Joseph :

- **Éducation :** Vous avez obtenu vos diplômes d'études primaires et secondaires ainsi qu'un diplôme en génie mécanique aux Philippines.
- **Occupation :** Aux Philippines, vous occupiez divers postes dans le secteur de la construction et vous aviez travaillé en tant que chef de projet dans une entreprise de construction mécanique. Au Canada, vous avez eu de la difficulté à trouver un emploi dans votre domaine et vous avez donc dû accepter deux emplois moins bien rémunérés pour joindre les deux bouts
 - 1) Concierge dans une école secondaire les jours de semaine — vous êtes debout toute la journée, nettoyez les planchers, videz les poubelles. Les étudiants sont gentils et attentionnés, ils vous ont signé une carte et vous ont acheté un gâteau pour votre anniversaire. Les enfants vous manqueraient si vous quittiez ce boulot.
 - 2) Aide-cuisinier dans un restaurant philippin — vous réapprovisionnez les vivres, préparez les ingrédients. Vous êtes debout toute la soirée. Vous avez une passion pour la cuisine et vous aimeriez en faire un passe-temps pratique. Vous êtes l'un des bons amis du propriétaire qui vous a offert de vous donner 75 % sur le prix de toute la nourriture, car vous êtes un père seul.
- **État matrimonial:**
 - Vous étiez marié à Jackie depuis 20 ans avant d'immigrer au Canada
 - Jackie venait d'une famille plus aisée — elle passait ses jours à la maison à regarder des feuilletons télévisés avec ses amis, elle avait besoin d'être entourée d'eux et de sa famille, elle avait des doutes quant à son déménagement au Canada.
 - Vous éprouviez des difficultés à vous entendre avec votre femme, vous étiez plus aventureux, vous vous occupiez avec des activités tels que le travail, les

sports et les sorties avec des copains. Vous vous réjouissiez à l'idée de commencer une nouvelle vie dans un nouveau pays.

- Jackie s'est sentie isolée et malheureuse pendant votre première année au Canada, elle ne pouvait parler ni Anglais ou ni même communiquer avec qui que ce soit, à part quelques personnes qu'elle a rencontrées à l'église — elle était peut-être déprimée.
 - Vous étiez occupé au travail et n'étiez pas là pour la soutenir ; ce que vous regrettez.
 - Divorcé depuis deux ans — la décision était mutuelle. Elle est retournée aux Philippines. Vos trois enfants sont restés avec vous pour grandir au Canada.
 - Vous envoyez régulièrement des mises à jour par courriel concernant vos enfants, cependant vous ne l'avez pas vue depuis les deux dernières années
- Bien que ces informations doivent vous servir d'éléments de contexte concernant tant vos motivations que vos émotions, c'elles-ci NE doivent PAS être des points importants lors de votre échange durant l'entrevue.*
- **Depression/stress financier:**
 - Vous vous sentez coupable de ne pas avoir passé assez de temps auprès de votre ex-femme et de ne pas l'aider à mieux s'adapter à son nouveau foyer.
 - Pour vous distraire de votre culpabilité, vous avez mis toute votre énergie au travail, à manger et à prendre soin de votre famille.
 - Dernièrement, la vie vous a laissé un sentiment de vide et dénué de sens, et avec aucune motivation pour changer votre routine quotidienne.
 - Après votre divorce, il est devenu beaucoup plus difficile de maintenir un mode de vie sain et avec le temps, sont survenues les contraintes financières d'être un père seul.
 - Vous essayez d'économiser de l'argent de manière à pouvoir envoyer vos enfants à l'Université, donc vous devez travailler encore plus fort pour réussir à économiser cette somme.
 - Vous êtes réticent à réduire vos heures de travail ou à abandonner vos emplois actuels.
 - Vous avez presque abandonné l'idée de vous trouver un emploi dans le domaine de l'ingénierie, car vous soupçonnez que les employeurs potentiels seraient découragés par votre accent lors d'entrevues. Avoir les moyens financiers, vous aimeriez travailler avec un orthophoniste pour réduire votre accent, et ainsi améliorer votre employabilité.
 - Il sera difficile de changer votre mode de vie étant donné le peu de temps et d'argent dont vous disposez, mais intérieurement, vous voulez travailler avec votre médecin pour retrouver un poids et un mode de vie sains..

Si l'apprenant vous demande si vous êtes déprimé, vous répondez à contrecœur que vous ne savez pas. Vous pouvez l'être, mais vous ne voulez pas prendre de médicaments pour cela — ce n'est pas votre principale préoccupation. Vous croyez que le meilleur moyen d'améliorer votre humeur est de retrouver un mode de vie sain et de perdre du poids.

- **Tabac** : Non
- **Alcool** : Vous aviez l'habitude de boire 1 à 2 bières par semaine aux Philippines, mais vous avez cessé de boire depuis votre arrivée au Canada.
- **Drogues illicites** : Non
 - Vous marchez environ 20 pâtés de maisons par jour pour vous rendre au travail et en revenir, car vous ne possédez ni voiture, ni de laissez-passer pour utiliser les transports en commun.
 - En raison de votre douleur chronique au genou et de votre fatigue, vous avez négligé d'intégrer tout type d'exercice à votre horaire, cependant vous avez l'impression que votre travail vous force à être actif.
- **Alimentation**:
 - En raison de la culpabilité, du stress et des contraintes financières, vous vous êtes tourné comme mécanisme d'adaptation vers vos aliments réconfortants préférés.
 - Surtout vers des collations préemballées et des plats « prêts-à-manger » riches en calories du restaurant philippin où vous travaillez.
 - Vous mangez des salades fraîches avec de la vinaigrette italienne 1 à 2 fois par semaine lorsque vous vous sentez coupable de vos habitudes alimentaires.
 - Vous avez l'impression que vous ne pouvez pas vous permettre de consommer des plats chauds, sans y sacrifier vos économies.

Médicaments : 1-2 comprimés de Tylenol extra fort (acétaminophène) 2 à 3 fois par semaine, au besoin.

Antécédents chirurgicaux : Aucun

Mesures physiques/vitales:

- IMC = 38
- EOSS = Phase 2
- Tension artérielle = 155/97
- Fréquence cardiaque = 82
- Fréquence respiratoire = 18
- Saturation (SpO2) = 98 %

Résultats du laboratoire:

- Taux de glycémie à jeun = 6,4 mmol/L
- Cholesterol LDL = 4,57mmol/L
- Cholesterol HDL = 1,01mmol/L

Allergies : Aucun

Vaccinations : À jour

2. Entrevue médicale pour le cas no 2 : Mme Tracy Erikson

a) *Résumé de l'étude de cas no. 2*

Madame Danielle Erikson est une mère de 35 ans éduquant seule ses deux jeunes filles, **Tracy** (11 ans) et Tina (8 ans). Danielle est petite, mais son ex-mari avait une très grandecorpulence et portait beaucoup de poids. Cette disparité dans le type corporel a été transmise à ses deux filles : **Tracy est en grande surcharge pondérale**, tandis que Tina est maigre et petite. Bien que les filles aient suivi un régime alimentaire similaire, l'écart de taille et de poids entre elles persiste. Maintenant, Danielle s'inquiète du fait que Tracy a une faible estime d'elle-même et présente du ressentiment envers sa petite sœur. Ne sachant pas quoi faire, elle a pris rendez-vous à la clinique familiale pour obtenir des conseils sur la façon **d'aider Tracy** à perdre du poids.

b) *Objet de l'étude de cas no. 2 et objectifs clés pour les apprenants*

Pratiquez l'application des « 5As » de la gestion de l'obésité lors de l'entretien avec un patient. L'objectif principal de l'entrevue est que l'apprenant **s'exerce à utiliser les éléments en caractères gras**. Les autres objectifs peuvent être facultatifs:

- Agréer – il n'est pas nécessaire que l'apprenant demande la permission de discuter du poids dans ce cas.
- **APPRÉCIER** - Utiliser les outils fournis pour évaluer les complications, le bien-être mental et les facteurs sociaux et le mode de vie du patient en ce qui concerne l'obésité.
 - *Génétique* — Type de corps costaud, métabolisme plus lent hérité du père.
 - *Asthme et allergies* -- Limitation physique contribuant à la prise de poids.
 - *Image corporelle* — Craintes d'être ridiculisé, l'embarras en tant qu'obstacle à l'activité physique.
 - *Faible estime de soi et fragilité émotionnelle* -- Ressentiment envers sa jeune sœur, manque de confiance en soi, difficulté à trouver des vêtements bien ajustés, sensibilité lorsqu'on attire l'attention sur le poids, saut d'humeur après le divorce des parents, antécédents familiaux de dépression et d'anxiété.

- **ACCOMPAGNER** — Conseiller Mme Erikson sur les possibles approches concernant la gestion du poids de Tracy.
 - *L'approche du « Best Weight* — insistez sur l'importance d'établir des objectifs fondés sur le meilleur poids possible pour le patient, plutôt que sur un poids idéal impossible à atteindre. La génétique est un facteur clé à considérer.
 - *Activité physique* — proposez d'autres formes d'activité physique qui n'exacerbent pas l'asthme ou les allergies du patient.
 - *Dépression et anxiété* — reconnaissez les préoccupations du patient au sujet de la santé mentale, informez-le de la relation entre le poids et le bien-être, et assurez-vous que les ressources et le soutien appropriés soient mis en place.
- **s'ASSOCIER** — convenir avec la mère d'un objectif raisonnable en matière de poids et de mode de vie pour le patient, compte tenu de ses caractéristiques physiques.
- **Aider** – si le temps le permet, mais ce n'est pas l'objet de la présente affaire.

c) Scénario détaillé de l'étude de cas et des instructions intérimaires pour le cas no. 2 : Mme Tracy Erikson

Contexte : Visite en clinique chez le médecin de famille

Âge de Tracy : 11 ans

Caractéristiques physiques de Tracy : Jeune fille, ~1,4 mètres (4 pieds, 7 pouces) de haut, pèse ~54,8Kg (121 livres) : Surpoids

Présentation de la requête : Vous (la mère de Tracy) êtes préoccupée par l'accélération du gain de poids de Tracy, la disparité de poids entre Tracy et sa jeune sœur Tina (8 ans) et l'effet que cela a eu sur sa santé mentale.

Phrase d'introduction : « Je m'inquiète vraiment pour ma fille aînée, Tracy. Elle a été grande toute sa vie et sa petite sœur est très mince. Ce n'est pas de sa faute bien sûr, mais tu sais combien c'est dur pour les filles à cet âge d'être plus grandes.... Que puis-je faire pour l'aider ? »

Instructions pour l'acteur : Vous êtes la mère de Tracy, Danielle, une jeune femme de 35 ans, habillée en tenue d'affaires. Vous êtes agréable et souriant pour les présentations, mais votre ton devient plus solennel lorsque vous parlez de vos préoccupations au sujet de votre fille Tracy. Vous devenez émotif, particulièrement lorsque vous racontez à l'apprenant les difficultés de Tracy. Vous ne savez même pas si vous pouvez faire quoi que ce soit pour aider votre fille et vous commencez à perdre

espoir. Vous l'aimez tendrement, et en la regardant se développer, vous avez l'impression d'avoir échoué en tant que mère.

Vous êtes bavard et n'avez pas peur de poser des questions, car vous avez désespérément besoin de conseils sur ce qu'il faut faire pour votre fille Tracy. Vous avez déjà essayé de lui donner une alimentation saine, de réduire ses portions et de l'encourager à faire du sport, en vain. *Si l'apprenant n'aborde pas spécifiquement le sujet, vous demandez : « Tracy peut-elle surmonter ses gènes et perdre du poids, ou sera-t-elle aussi corpulente pour le reste de sa vie ? »*

Vous ne comprenez pas tout à fait ce que c'est que de vivre ce qu'expérimente Tracy. Vous avez la préconception que perdre du poids soit la seule façon pour Tracy d'être en santé et, par conséquent, la plupart de vos questions portent sur sa perte de poids, mais pas nécessairement sur sa santé ou d'autres facteurs de risque plus médicaux. *L'apprenant devrait essayer de remettre en question cette notion et vous sensibiliser à l'importance d'un mode de vie sain, en facilitant l'activité physique dans sa routine quotidienne et en trouvant le « meilleur poids » pour Tracy, étant donné ses attributs physiques.*

Conditions médicales de Tracy:

Asthme

- Asthme modéré à sévère traité avec l'inhalateur Ventolin
- A des crises d'asthme fréquentes pendant des activités vigoureuses telles que le soccer ou la course à pied, 1-2/semaine
- Limite maintenant la quantité d'efforts qu'elle fait. L'idée est de contrôler la fréquence et l'intensité des crises d'asthme. Les attaques ont été réduites à 2-3/mois

Allergies

- Pollen, herbe, rhume des foins sévère au printemps et en été
- Ne pas prendre d'antihistaminiques actuellement (vous ne voulez pas que Tracy devienne dépendante des médicaments)

L'histoire de Tracy:

Gain de poids

- Bébé en santé de 4Kg (9 lb) (potelé)
- Croît à un rythme normal en ce qui concerne sa taille, tandis que son poids se situe au 95e percentile.
- Physique plus corpulente, plus de muscle et de masse (comme son père)

- Moins actif en tant que trottineur, elle semblait essoufflée en montant et en descendant les escaliers.
- Le gain de poids s'est accéléré rapidement au cours de la dernière année
- Vous pensez le principal facteur en jeu ici est la génétique. Vous n'êtes pas certaine que ce que vous faites aidera Tracy à gérer son poids, mais vous ne voulez pas perdre espoir. La pensée qu'elle pourrait être obèse pour le reste de sa vie vous fait vous sentir en tant que parent coupable et inadéquat. C'est ce sentiment horrible qui vous pousse à faire tout ce qui est nécessaire pour aider Tracy à vivre une vie saine et heureuse.

Estime de soi, dépression et anxiété

- Tracy est devenue gênée par son poids et évite les interactions avec ses pairs
- Elle a eu des expériences embarrassantes en classe de gym (elle a trébuché pendant un match de soccer, ses camarades de classe se sont moqués d'elle), ce qui l'a éloignée des sports. On l'a taquinée au sujet de sa corpulence. Vous craignez qu'elle ne continue à prendre du poids, qu'elle ne soit encore plus bouleversée par son apparence physique et qu'elle ne devienne encore moins active et qu'elle n'ait plus envie de sortir.
- Vous avez rassuré Tracy que cela n'est pas sa faute et qu'elle devrait s'aimer, quelle que soit sa taille.
- Elle se compare à sa sœur cadette, aux médias sociaux et à la culture pop qui fait la promotion que « mince = beau (*thin = beautiful*) ». Elle croit que quelque chose ne va pas chez elle.
- Les tentatives de contrôle des portions (c.-à-d. réduire la taille des portions) l'ont blessée et ont provoqué un accès de larmes.
- Les vêtements « *mode* » n'ont pas l'air d'y aller tandis que les vêtements qui lui font ne sont pas flatteurs.
- Vous craignez qu'elle ne veuille plus sortir, se faire des amis et profiter des activités quotidiennes ce qui pourrait la conduire vers une véritable victime de l'intimidation.
- Tracy est jalouse du physique mince et de la popularité de sa jeune sœur

L'exercice physique

- Maintenant âgée de 11 ans - elle passe la plupart de son temps à lire des romans, elle reste à l'intérieur lors de la période de récréation pour lire plutôt que d'aller jouer à l'extérieur. – Vous ne voulez pas la décourager, mais vous souhaitez qu'elle équilibre son temps en faisant quelque chose de plus actif

- L'asthme et les allergies sont graves au printemps et en été, ce qui limite encore ce qu'elle peut faire à l'extérieur lorsque les journées sont chaudes.
- Une image corporelle négative semble être un facteur important pour l'empêcher de faire de l'exercice.

Alimentation

- Vous faites un effort conscient pour traiter vos deux filles de la même façon, et leur régime alimentaire n'est pas différent.
- Tracy et Tina mangent les mêmes aliments aux déjeuners et aux dîners.
- Tracy prend de plus grandes portions parce qu'elle est plus âgée et qu'elle a un plus grand appétit.
- Vous incorporez les quatre groupes alimentaires à chaque repas selon le Guide alimentaire canadien — grains entiers, viandes maigres, noix, fruits frais, légumes, lait et fromage.
- La malbouffe est interdite dans votre maison, mais vous achetez des friandises sucrées pour vos filles une ou deux fois par mois.
- Vous craignez que de changer l'alimentation de Tracy sans le faire pour Tina n'entraîne des disputes et des larmes.

Antécédents familiaux:

- Vos parents (les grands-parents de Tracy) sont minces comme vous.
- Mère de 62 ans – antécédents de dépression et d'anxiété graves
- Père 64 – l'arthrite, mais aucun problème de santé important
- Vous aviez de l'asthme et avez eu de légers épisodes de dépression à l'adolescence, mais vous êtes en parfaite santé maintenant.
- Le père de Tracy était grand et corpulent avec ce qu'on peut qualifier d'un « corps de footballeur typique ».

L'histoire de Tina (8 ans)

- Bébé en santé de 2,5 kg (5,5 lb)
- Taux de croissance normal, petit, métabolisme élevé (tiens de vous)
- Cas léger d'asthme, bien qu'elle aille son Ventolin, elle l'utilise rarement.
- Très actif, joue au football avec d'autres filles du quartier
- Mange la même alimentation équilibrée que Tracy.
- Sors et trouve facilement des vêtements « à la mode ».
- Tina est une fille innocente et au cœur pur dans votre esprit — vous ne pourriez jamais l'imaginer faire les choses qu'elle fait pour contrarier sa grande sœur. Tina passe simplement sa journée et sa personnalité magnétique fait d'elle le centre de l'attention. Vous pouvez comprendre pourquoi c'est si

frustrant pour Tracy, qui a peu de confiance en elle et qui ne reçoit pas autant d'attention et de soins.

L'affect de Danielle : Vous comprenez l'importance d'être gentille et attentionnée envers tout le monde. Vous êtes peut-être trop douce à l'oral en raison de votre éducation ; vous n'êtes pas conflictuel et souvent vous ne pouvez pas vous résoudre à dire ce que vous pensez sans détour quand vous en avez vraiment besoin. Par conséquent, vous n'avez pas été en mesure d'acquérir la confiance nécessaire pour vous attaquer directement au problème de poids de Tracy jusqu'à maintenant.

L'histoire de Danielle:

- **Occupation:** Enseignante à temps plein à l'école primaire et financièrement stable.
- **État matrimonial :**
 - Marié à 22 ans. Divorcé il y a trois ans.
 - Ex-mari, Barry, a trop bu, n'a pas réussi à trouver un emploi stable et est devenu déprimé.
 - Barry était un bon père quand il était sobre, aimait jouer et raconter des histoires avant d'aller se coucher, mais cela devenait de plus en plus rare et de moins en moins fréquent
 - Sa consommation d'alcool a commencé à devenir un fardeau financier et il a commencé à puiser dans les économies familiales.
 - Vous avez la garde des enfants et exclus Barry de votre vie. Les filles Tracy et Tina ont mal pris la nouvelle du divorce. Tina s'en sort bien maintenant, Tracy est visiblement plus heureuse

Vos antécédents matrimoniaux servent principalement de toile de fond et ceux-ci ne devraient pas être un point de conversation important au cours de cette entrevue.

- **Tabagisme:** Personne dans la famille n'est fumeur
- **Alcool:** Vous ne buvez pas, mais votre ex-mari Barry était un gros buveur avec des problèmes récurrents liés à l'alcoolisme.
- **Drogues illicites:** Personne dans la famille ne consomme de drogues récréatives..

Médicaments: Inhalateur Ventolin au besoin (2-3 fois/mois).

Antécédents chirurgicaux: Aucune.

Résultats physiques et de laboratoire : Non disponible.

Vaccinations : À jour.

3. Entrevue médicale de l'étude de cas no. 3 : M. Alan Woods

a) Résumé de l'étude de l'étude de cas no. 3

Alan Woods est un homme de 55 ans qui travaille comme comptable agréé pour un cabinet situé au centre-ville d'Edmonton. Son ancien médecin de famille depuis vingt ans, a récemment pris sa retraite. C'est sa troisième visite avec son nouveau médecin. C'est un homme timide et non conflictuel, et il a eu de la difficulté à faire face à son poids par honte et par embarras. Il décrit qu'il dort excessivement et qu'il se sent plus anxieux face à ses problèmes de santé, dont le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies coronariennes et la dépression. Lors de sa dernière visite à la clinique, le médecin lui a posé des questions sur son poids et lui a suggéré d'y revenir pour discuter des options possibles pour la gestion du poids. Alan souhaite discuter de la chirurgie bariatrique comme une possibilité avec le médecin, mais hésite à poser la question, car il craint qu'il/elle croie que cela ne soit en vain.

b) Objet de l'étude du cas no 3 et objectifs clés pour les apprenants

Pratiquez l'application des « 5As » de la gestion de l'obésité lors de l'entretien avec un patient. L'objectif principal de l'entrevue est que l'apprenant **s'exerce à utiliser les éléments en caractères gras**. Les autres objectifs peuvent être facultatifs:

Pratiquez l'application des « 5As » de la gestion de l'obésité lors d'un entretien avec un patient.

- **Agréer** - La DEMANDE a déjà été faite lors d'une visite précédente et ne fait pas l'objet de ce cas.
- **APPRÉCIER** - Utiliser les outils fournis pour évaluer les symptômes, les complications et les facteurs sociaux et le mode de vie du patient en ce qui concerne l'obésité.
 - *Diabète de type 2, hypertension, coronaropathie*
 - *Dépression et anxiété* - Intimidation et ridicule à long terme par les pairs, isolement social, manque de confiance en soi et de motivation
 - *Préjugés liés au poids* — Manque d'intimité et de relations romantiques, mauvais traitement par les professionnels de la santé, méfiance à l'égard du système de santé
- **ACCOMPAGNER** — Le patient est très conscient des complications médicales de son obésité et reconnaît qu'il est déprimé. Il n'a pas besoin qu'on lui dise qu'il a besoin de perdre du poids. Compte tenu des antécédents du patient, donnez-lui des conseils sur la façon dont il peut gérer son poids tout en améliorant son bien-être mental et sa santé en général.
 - *Prévention d'une prise de poids supplémentaire*

- *Maintien de la perte de poids*
- *Activité physique*
- *Stratégies d'adaptation pour faire face aux préjugés liés au poids*
- *Rétablir la confiance dans le système de santé*
- **s'ASSOCIER** — Comprendre les motivations du patient, parvenir à un compromis et s'entendre sur un plan de prise en charge préliminaire pour son poids et les comorbidités associées. Utilisez l'outil pour établir des objectifs « SMART »..
- **Aider** – Ce n'est pas l'objet de cette affaire.

c) Scénario détaillé de l'étude de cas et des instructions intérimaires pour le cas no.3 : Alan Woods

Contexte: Troisième visite à la clinique au cabinet du médecin (relativement nouveau patient. Le médecin de famille précédent a pris sa retraite)

Âge : 55 ans

Caractéristiques physiques : Vous mesurez 1m77 (5 pieds 8 pouces) et pesez 136 kg (300 livres) : Obèses

Présentation de la requête : Vous êtes venu voir votre médecin pour parler spécifiquement de la gestion du poids.

Phrase d'introduction : « Bonjour docteur, vous aviez mentionné lors de notre dernière visite, celle où nous avons parlé de l'apnée du sommeil, que nous pourrions cette fois passer un peu de temps à parler de gestion du poids. »

Instructions pour l'acteur : Vêtus de vêtements d'affaires, mais décontractés. Vous êtes nerveux, car vous vous attendez à être jugé. Votre langage corporel est fermé, ce jusqu'à ce que l'apprenant exprime un intérêt sincère et empathique.

Problèmes médicaux : Vous êtes parfaitement conscient des complications de vos maladies, principalement grâce à l'apprentissage autodidacte. *Si l'apprenant tente de vous faire la leçon sur les complications de votre état de santé, vous lui expliquez poliment que vous le savez déjà et que vous n'avez pas besoin d'un rappel.*

Diabète 2

- Apparition à l'âge de 44 ans (il y a onze ans)
- Conscientieux et bien informé sur le diabète
- Conscience profonde des complications du diabète
- Très bon contrôle glycémique jusqu'à récemment. Est maintenant plus élevée qu'à l'habitude.

- À commencé à prendre des hypoglycémiant, mais n'a eu que peu d'effet.
- Maintenant sous Insuline (depuis 6 mois) ce qui a été plus efficace pour contrôler la glycémie.

Maladie coronarienne

- Diagnostiqué à 50 ans (il y a cinq ans)
- A eu une crise cardiaque à l'âge de 49 ans (il y a six ans)
- Au moment de la crise cardiaque, vous avez reçu 2 endoprothèses (stents) et avez commencé à prendre des médicaments

Apnée obstructive du sommeil

- Diagnostiqué il y a quelques mois lors de la dernière visite chez le médecin de famille
- Programmé pour participer à une étude sur le sommeil
- Curieux au sujet de la relation entre l'AOS et le poids

Dépression et anxiété

- La plus grande partie de votre vie d'adulte
- A commencé à prendre des antipsychotiques atypiques il y a un an (votre travail subissait les effets de votre dépression) Amélioration notable, mais a pris du poids. *Vous avez l'impression de n'avoir pas reçu suffisamment de conseils sur les effets secondaires du médicament.*
- A essayé la thérapie cognitive, mais à un rythme trop lent (une réunion toutes les deux semaines s'est avérée inefficace).
- Taquiné et intimidé tant lorsque vous étiez enfant, que tout au long de votre adolescence.
- L'image corporelle est et a toujours été un problème pour vous.
- Troublé par la quantité de sommeil que vous dormez. Au lit avant 20 h et dormez jusqu'à 30 minutes avant de commencer à travailler — vous devez vous presser. Vous vous présentez bien au travail et vous êtes également fier de votre éthique de travail.
- Vos collègues plaisantent sur votre poids derrière votre dos et ne vous impliquent pas lors des activités sociales. Vous souhaitez déposer une plainte auprès des ressources humaines, mais vous craignez que votre réputation ne s'en trouve encore plus détériorée sur le lieu de travail.
- Vous êtes très gêné par votre poids, et vous vous donnerez beaucoup de mal pour ne pas l'aborder tant par honte que par embarras.

Votre dépression est une chose qui vous préoccupe, mais ce n'est pas votre principale préoccupation en ce moment. Si vous pensez que l'apprenant se concentre trop sur la dépression, essayez de ramener la discussion à vos autres préoccupations en matière de santé.

Gain de poids

- L'obésité a été un problème pour vous toute votre vie.
- Vous avez tenté de perdre du poids dans la vingtaine - peu d'amélioration de l'apparence physique, donc vous avez renoncé à l'exercice, n'avez pas vraiment fait d'exercice depuis.
- Vous enviez ces gens qui maintiennent un poids santé sans effort, et vous corrélerez le fait d'être en bonne santé, d'être maigre et d'avoir un physique bien musclé.
- Vous considérez votre obésité comme un phénomène de « tout ou rien ». *Il s'agit d'une hypothèse dont l'apprenant devrait remettre en question et essayer de vous faire comprendre la complexité de l'obésité.*
- Vous considérez la chirurgie bariatrique comme une panacée possible pour tous vos problèmes de santé. Vous souhaitez secrètement discuter avec ce médecin de chirurgie bariatrique en termes de possibilité, mais vous êtes trop réticent à le demander, car vous craignez qu'il ne pense que ce ne serait que par vanité. *Le patient standardisé devra révéler ce point lors de la rencontre, bien qu'à contrecœur*

Le patient standardisé devrait révéler ses insécurités au sujet du poids pendant le scénario d'une manière timide et quelque peu maladroite, car ce personnage a beaucoup de difficulté à en parler. Votre apprenant doit faire un effort pendant l'entrevue pour que vous vous sentiez à l'aise de discuter de votre poids.

Antécédents familiaux:

- Vos parents étaient tous les deux obèses et souffraient de nombreuses complications de santé découlant de leur poids
- Vos parents étaient aussi diabétiques, et souffraient d'hypertension artérielle et d'arthrose.
- Décès du père à 60 ans d'une crise cardiaque
- La mère est décédée à 68 ans d'une insuffisance rénale chronique secondaire au diabète. Elle a été sous dialyse vers la fin de sa vie

L'affect du patient:

- Vous êtes timide et non conflictuelle. En abordant l'idée de la chirurgie bariatrique, il est évident par son langage corporel qu'il est nerveux concernant ce sujet. *L'apprenant devrait être à la fois accueillant pour explorer la chirurgie bariatrique, mais aussi vous informer qu'une évaluation plus complète est nécessaire. Ce sera plus difficile pour l'apprenant, à moins que celui-ci n'ait pris le temps d'établir préalablement une bonne relation avec vous..*
- Vous vous méfiez de nombreux professionnels de la santé. Votre cardiologue était parfois antagoniste et vous vous souvenez que lorsqu'il vous a donné les résultats d'un test d'effort cardiaque, qui a révélé une importante coronaropathie, sa réponse a été : « Arrêtez de manger autant de pizzas et sortez un peu plus du canapé ». C'est à ce moment que vous avez cessé de le voir.
- Vous êtes passé à travers les mailles du filet lors de précédentes consultations médicales. Vous avez eu une rencontre avec un psychiatre et il n'y a jamais eu de suivi.
- Dans votre vingtaine, vous avez été admis à l'urgence pour des douleurs thoraciques non cardiaques, le médecin de l'urgence vous a dit que vous deviez traiter votre obésité et « cesser de faire de mauvais choix de santé ».

L'histoire d'Alan:

- **Occupation:** Comptable agréé pour un petit cabinet d'Edmonton en Alberta
- **Situation de famille:**
 - Vous êtes célibataire. Le plus grand facteur de stress dans votre vie est votre incapacité à trouver une partenaire ou à rester dans une relation.
 - Vous n'avez pas eu de rendez-vous depuis près de dix ans et vous pensez que c'est parce que vous n'êtes pas physiquement attirant.
 - De brèves relations par le passé, mais rien qui ne se soit rendu à une relation sexuelle.
 - Vous n'avez jamais eu de relation à long terme et votre confiance en vous est rendue à un niveau le plus faible qu'elle ne l'a jamais été.
 - Vous avez essayé, une fois, de rencontres en ligne, mais en vain, et vous n'y êtes pas retourné depuis.
 - Vous vous sentez très seul et ressentez que votre anxiété et votre dépression seraient diminuées avec une compagne qui pourrait vous soutenir et vous encourager à développer des habitudes plus saines.
- **Alimentation:**

- Mangez rarement des aliments sains, comptez principalement sur des aliments pré-préparés — soupes en conserve, repas surgelés et repas-minute
- Vous n'avez jamais appris à cuisiner quand vous étiez plus jeune
- Vous savez quels aliments sont sains et lesquels sont malsains
- Vous avez l'impression que vos mauvais choix alimentaires sont le résultat de longues heures de travail et d'habitudes acquises pendant l'enfance (vos parents cuisinaient rarement des aliments sains pour vous : ils luttent eux-mêmes contre l'obésité).
- **L'exercice:**
 - Vous n'avez pas fait d'exercice depuis le milieu de la vingtaine.
 - Lorsque vous vous exercez maintenant, vous ressentez une fatigue considérable et des douleurs articulaires.
 - Trop gêné d'aller au gym parce que vous avez peur que les gens se moquent de vous.
- **Tabac:**
 - Arrêter de fumer il y a quinze ans (40 ans).
 - Fumé 1 pqt. par jour pendant 20 ans.
- **Alcool:**
 - Avait l'habitude de boire beaucoup d'alcool (5 à 8 bières par soir sur une base régulière)
 - Votre récompense pour être un travailleur acharné
 - Vous êtes sobre depuis un an (le médecin précédent vous l'avait suggéré) et vous êtes très fier de cette réalisation.

L'apprenant devrait vous encourager à cesser de fumer et à rester sobre. Si ce n'est pas le cas, cela devrait nuire à votre relation avec cette personne.

- **Drogues illicites :** Non

Les médicaments:

- Insuline
 - 10 unités de Lantus® le matin
 - 5 unités de NPFS après les repas
- Métoprolol 24mg
- Hydrochlorothiazide 25mg
- Crestor (Rosuvastatine) 10mg
- Abilify (Aripiprazole) 10 mg

Antécédents chirurgicaux : Aucun

Mesures physiques/vitales:

- IMC = 50
- EOSS (*Edmonton Obesity Staging System*) Étape 3
- Fréquence cardiaque = 89 battements par minute
- Tension artérielle = 174/98
- Fréquence respiratoire – 16 respirations par minute
- Saturation (SpO₂) = 95

Résultats de laboratoire:

- NFS et électrolytes normaux
- Hgb A1c = 8,5 %.
- Glucose à jeun = 9,7 mmol/L
- Bilan lipidique = normaux

Allergies : Aucun

Vaccinations : À jour

4. Entrevue médicale pour l'étude de cas no.4 : Mme Eliza Aimes

a) Résumé de l'étude de cas no. 4

Eliza Aimes est une femme de 26 ans qui est enceinte de sa deuxième grossesse depuis 1 à 2 mois. Son premier fils est né il y a maintenant trois ans, cette grossesse fut marquée par un gain de poids excessif, une dépression post-partum et un diabète gestationnel. Maintenant, soit trois ans après sa première grossesse, Eliza va bien mentalement, mais elle a eu du mal à perdre le poids supplémentaire qu'elle avait pris. Ses craintes sont maintenant revenues, puisqu'elle est enceinte une deuxième fois ; elle craint de prendre encore plus de poids et de vivre la même instabilité émotionnelle qu'elle avait vécue la première fois. Elle consulte actuellement son médecin de famille dans l'espoir d'être conseillée sur la prise de poids gestationnel.

b) Objet pour l'étude de cas no. 4 et objectifs clés pour les apprenants

Pratiquez l'application des « 5As » de la gestion de l'obésité lors de l'entretien avec un patient. L'objectif principal de l'entrevue est que l'apprenant **s'exerce à utiliser les éléments en caractères gras**. Les autres objectifs peuvent être facultatifs:

- **Agréer** – Il n'est pas nécessaire que l'apprenant demande la permission de discuter du poids dans ce cas.
- **APPRÉCIER** —Utiliser les outils fournis pour évaluer les antécédents médicaux du patient et les facteurs sociaux et liés au mode de vie en ce qui concerne le gain de poids.

- *Gain de poids post-partum* - gain de poids excessif pendant et après la première grossesse
- *Dépression post-partum*
- *Manger émotivement* - contribution à la prise de poids
- **ACCOMPAGNER** — Informer la patiente sur la saine prise de poids pendant la grossesse et concernant d'autres aspects importants des soins prénatals. Suggérer des façons de gérer l'alimentation émotive ainsi que le soutien social, au besoin.
- **s'ASSOCIER** — Convenir avec la patiente d'une stratégie de prise en charge et de suivi de la prise de poids pendant la grossesse.
- **AIDER** — Fournir des ressources pour la patiente ou référer à un autre membre de l'équipe de soins de santé pour des suivis.

c) Scénario détaillé de l'étude de cas et des instructions intérimaires pour le cas no.4 : Eliza Aimes

Contexte: Visite en clinique chez le médecin de famille

Âge: 26 ans

Caractéristiques physiques : Jeune femme d'environ 1,75 m (5 pieds et 4 pouces) de haut et 71 kg (158 livres)

Présentation de la requête : Préoccupations au sujet de la prise de poids gestationnel lors d'une deuxième grossesse

Phrase d'introduction : « Bonjour Docteur. Je suis enceinte et je veux parler de mon poids. Je ne veux pas prendre du poids. Je sais que c'est bon pour le bébé, mais je ne peux pas prendre plus de poids. »

Instructions pour l'acteur : Vous êtes une jeune femme habillée de façon conservatrice et bien soignée. Vous êtes enceinte de 1 à 2 mois. Vous êtes très coopératif avec votre apprenant et vous avez une confiance totale dans le système de santé. Vous êtes ouvert aux suggestions et motivé à perdre du poids, mais vous n'avez simplement pas d'idée par où commencer.

*Note** Trois ans après sa première grossesse, Eliza va bien mentalement, mais elle a eu du mal à perdre le poids supplémentaire qu'elle avait pris. Ses craintes sont revenues maintenant qu'elle est enceinte pour une deuxième fois ; elle craint de prendre encore plus de poids et de vivre la même instabilité émotionnelle qu'elle l'avait eu la première fois. Elle consulte actuellement son médecin de famille dans l'espoir d'être conseillée sur son gain de poids pendant la grossesse.

Antécédents médicaux:

Aucune maladie connue. En général, vous êtes une personne en bonne santé

Grossesse et gain de poids intrapartum

- Mince/petite- avant la grossesse
- Tout au long de votre première grossesse, vous avez pris 11,5 kg (25 lbs) supplémentaires qui sont restés après l'accouchement.
- La grossesse fut compliquée par l'apparition du diabète gestationnel et de la macrosomie fœtale (gros bébé)
- Le bébé (4,5 kg/10 lb) a dû être accouché par césarienne et était hyperglycémique, nécessitant ainsi un séjour de 3 jours à l'unité de soins intensifs néonataux
- Vous avez été bien conseillé par votre médecin et vous avez reçu de fréquents examens.

Dépression post-partum et alimentation émotive

- Avant la grossesse, vous vous considérez comme étant attirante, vous attachiez beaucoup d'importance à votre beauté.
- Bien que vous soyez en relation amoureuse avec votre mari, maintenant vous ressentez qu'il est moins attiré par vous, ce même s'il ne vous l'a jamais dit.
- Vous êtes consciente et gênée par votre prise de poids et souhaiteriez retrouver votre ancien physique, même si vous commencez à l'accepter.
- Maintenant, avec cette nouvelle grossesse, vous recommencez à constamment vous inquiéter sur le fait de reprendre encore plus de poids. Cela semble rendre votre souhait presque impossible.
- Votre gain de poids fut aggravé par des habitudes alimentaires émotives développées après la première grossesse
- Fatiguée par le fait d'être une proche aidante, mangeant chaque fois que vous pouviez prendre une pause dans vos tâches maternelles..
- Vous avez pris l'habitude de vous reconforter par la nourriture lorsque vous êtes bouleversée
- Les premiers mois ont été particulièrement difficiles en raison de la colique de votre nourrisson — vous mangez pour vous détendre.
- 3 ans plus tard, vous êtes toujours incapable de vous débarrasser de vos habitudes alimentaires émotives.

Antécédents familiaux:

- Vos parents sont dans la cinquantaine, les deux sont minces et en bonne santé

- Aucun problème médical dans la famille
- Votre petite sœur est mince, semblable à votre physique d'avant la grossesse

L'histoire d'Eliza:

- **Éducation et profession :** Diplôme d'études secondaires, pas d'études postsecondaires ni de formation particulière. Vous restez à la maison — prenez soin de votre fils et faites les tâches ménagères nécessaires à la maisonnée.
- **État matrimonial:**
 - Se sont rencontrés à l'école secondaire et se sont mariés peu après l'obtention de leur diplôme
 - Le mari est un électricien — capable de vous soutenir financièrement et émotionnellement.
 - Vous n'avez pas eu de relation physique intime depuis la conception de votre deuxième grossesse, ce qui vous semble assez inhabituel dans votre relation.
- **Tabac :** N'a jamais fumé
- **Alcool :** Vous ne buvez pas d'alcool, n'en avez jamais consommé et vous n'avez pas l'intention de commencer.
- **Drogues illicites :** Vous n'avez jamais essayé de drogues illicites, et vous n'avez aucun plan de commencer.
- **L'exercice:**
 - Avant votre première grossesse, vous étiez très active, a participé à des demi-marathons
 - Maintenant que vous êtes une mère au foyer, vous n'avez pas été en mesure de retrouver la forme.
 - Les contraintes de temps rendent difficile l'intégration de l'exercice dans votre routine quotidienne.
 - Lorsque vous avez l'occasion de courir, vous êtes contrarié par le fait de ne plus avoir autant d'endurance qu'avant.
 - Vous avez beaucoup de soutien de la part de votre mari ; néanmoins, lorsque vous avez du temps libre, vous ressentez qu'il devient beaucoup plus facile pour vous de vous asseoir et de vous détendre.
- **Alimentation:**
 - Alimentation strict avant la première grossesse, principalement végétarienne
 - Au cours de la première grossesse, commence vos envies d'aliments riches en gras et en sucres

- Depuis votre première grossesse, votre appétit a augmenté — vos portions de nourriture sont plus grandes qu'avant, ce même lorsque vous mangez des aliments faits maison.
- Vous avez l'impression de ne pas pouvoir contrôler votre faim lorsque vous mangez. Vous avez commencé à manger quand vous étiez bouleversée comme une forme d'automédication.

Médicaments: Vitamines prénatales

Antécédents chirurgicaux : Césarienne d'urgence pour votre premier fils, il y a 3 ans, à cause d'un échec de l'essai du travail dû à la macrosomie fœtale.

Mesures physiques/vitales:

- IMC = 27
- Tension artérielle = 123/74
- Fréquence cardiaque = 74, rythme et contour réguliers
- Mesure de la hauteur de l'utérus depuis la symphyse pubienne (HU) pendant la grossesse = non mesurée

Résultats de laboratoire: L'échographie Doppler n'a pas été effectuée

Allergies : Aucun

Vaccinations : À jour

VIII. Annexe A : Évaluation avant et après l'atelier

Quel âge avez-vous ?

- de 20 à 25 ans
- de 26 à 30 ans
- de 31 à 35 ans
- de 36 à 40 ans
- de 40 ans et plus

À quel genre vous identifiez-vous?

- Féminin
- Masculin
- Non binaire

Combien d'années de formation médicale avez vous terminées (y compris les études de médecine, la résidence et les bourses de recherche)?

- 3 ans
- 4 ans
- 5 ans
- 6 ans ou +

A. Veuillez indiquer votre niveau de concordance avec les énoncés suivants en inscrivant un « X » dans la case appropriée

	Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Tout à fait En désaccord
1. Je crois que la gestion de l'obésité est une partie importante de mon travail en tant que médecin de soins primaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ma formation médicale jusqu'à maintenant, y compris cette séance, m'a bien préparé à comprendre et à gérer l'obésité pour les patients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je suis motivé à en apprendre davantage sur la prévention et la gestion efficaces de l'obésité..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Veuillez évaluer dans quelle mesure vous êtes à l'aise avec ce qui suit. Inscrivez un « X » dans la case qui s'applique le mieux.

	Très confortable	Assez à l'aise	Ni confortable ni inconfortable	Assez mal à l'aise	Très inconfortable
4. Demander la permission au patient pour lui parler de son poids.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Évaluer des risques et des complications liés à l'obésité pour un patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Très confortable	Assez à l'aise	Ni confortable ni inconfortable	Assez mal à l'aise	Très inconfortable
6. Évaluer les causes profondes fondamentales du gain de poids pour un patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Conseiller les patients sur les risques et les complications liés à l'obésité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Conseiller les patients sur les options des traitements disponibles pour l'obésité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Conseiller les patients sur les stratégies à long terme de la gestion du poids.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Travailler avec les patients pour établir des attentes réalistes en matière de perte de poids.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Travailler avec les patients pour formuler des objectifs durables en matière de comportement et de mode de vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Travailler avec les patients sur les objectifs en matière de résultats pour la santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Aider les patients à surmonter les obstacles qui les empêchent de bien gérer leur poids.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Conseiller les patients au sujet de l'activité physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Conseiller les patientes au sujet de la prise de poids appropriée pendant la grossesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Conseiller les patients au sujet de l'alimentation saine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Conseiller les patients au sujet de l'alimentation émotive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Très confortable	Assez à l'aise	Ni confortable ni inconfortable	Assez mal à l'aise	Très inconfortable
18. Conseiller les patients au sujet de la dépression et l'anxiété liées au poids.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Conseiller les patients au sujet des causes iatrogènes de la prise de poids.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Conseiller les patients qui ont des enfants obèses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Aborder les différences qui peuvent survenir dans votre consultation en raison de la culture ou des croyances.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. La prise en charge du gain de poids chez les patients présentant des comorbidités multiples.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Discuter de la gestion du poids et du mode de vie avec les patients à risque d'obésité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Orienter les patients obèses vers le professionnel de la santé approprié (c.-à-d. professionnel de santé mentale, nutritionniste, kinésologue, chirurgien bariatrique).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Y a-t-il d'autres aspects de la gestion de l'obésité avec lesquels vous n'êtes toujours pas à l'aise?

- D. À ce stade de votre formation, seriez-vous assez confiant pour intégrer la gestion de l'obésité à votre pratique médicale?

- E. Avez-vous d'autres commentaires?

IX. Annexe B : Lectures suggérées préalablement au cours

A. Les préjugés liés au poids en milieu médical

Excerpt from: Dietz WH, Baur LA, Hall K, Puhl RM, Taveras EM, Uauy R, Kopelman P. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. Lancet. 2015 Jun 20;385(9986):2521-33. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61748-7. Epub 2015 Feb 19. Review. PubMed PMID: 25703112.

Des préjugés négatifs liés au poids tant explicites, qu'implicites sont largement répandus, et ont été observés chez un grand nombre de médecins, ainsi que chez les professionnels de la santé spécialisés dans le traitement de l'obésité.²⁵ Les stéréotypes négatifs exprimés par les professionnels de la santé correspondent aussi à ceux des étudiants et résidents en médecine.²⁶

Les préjugés liés au poids des professionnels de la santé peuvent ainsi nuire à la qualité de la prestation des soins. Les professionnels de la santé semblent consacrer moins de temps lors de

leur consultation,²⁷ offrir moins d'information au sujet de la santé,²⁸ et sont plus réticents à réaliser des tests de dépistage aux patients avec de l'obésité.²⁹ De plus, les médecins ont moins de respect pour leurs patients obèses¹¹, ils les perçoivent comme étant moins observances aux médicaments³⁰, expriment moins de désir de les aider et déclarent que le traitement de l'obésité est plus exaspérant et leur fait perdre plus de temps, que le traitement de leurs patients plus minces.²⁷

Ainsi dans un contexte médical, les préjugés liés au poids pourraient limiter l'utilisation des soins de santé et contribuer à l'évitement des soins de santé chez les personnes obèses. Parmi les femmes les plus lourdes, 68 % ont déclaré avoir retardé le recours aux services de soins de santé en raison de leur poids, d'expériences antérieures de traitement irrespectueux de la part de fournisseurs de soins de santé, d'embarras d'être pesé et d'équipement médical trop petit pour leur taille.³¹ Une étude américaine³² et³³ révèle que 19 % des adultes et 24 % des parents éviteraient de futurs rendez-vous médicaux s'ils percevaient qu'un médecin stigmatiserait leur enfant ou eux même à cause de leur poids. À long terme, ce retard dans les diagnostics ou les traitements des comorbidités liées à l'obésité peut nuire à la qualité des soins prodigués aux personnes obèses, ce qui pourrait, à terme, contribuer aux coûts de la maladie. »

B. Les “5As” de la gestion de l'obésité™™

(Gracieuseté du Dr Arya Sharma et de Obesity Canada)

- Visitez le site internet [d'Obésité Canada](#)
- **Regardez:** [Introduction aux 5As](#)
- **Lisez:** [le guide du praticien « 5As »](#)
- Téléchargez votre copie du livre intitulé : « *Best Weight: A Practical Guide to Office-Based Obesity Management* » (ressource disponible en anglais seulement).
- Lisez le chapitre 1 (Configuration du bureau) et le chapitre 2 (Parlons de poids).
- Visitez http://partnersforcare.ca/healthier_weight/program-videos Puis visionnez la vidéo no 6 : « *PFHW Obesity Focussed Medical Assessment Part I – Medical Examination* » (Resource disponible en anglais seulement).

C. Lectures complémentaires

- Dietz WH, Baur LA, Hall K, Puhl RM, Taveras EM, Uauy R, Kopelman P. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet*. 2015 Jun 20;385(9986):2521-33. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61748-7. Epub 2015 Feb 19. Review. PubMed PMID: 25703112.
- Les modules d'apprentissage du groupe des « 5As »

- [Poids santé durant la grossesse](#)
- [Best Weight: A Practical Guide to Office-Based Obesity Management](#) (Ressources en anglais seulement)

X. Annexe C : Instructions pratiques pour des réflexions narratives

A. Après la combinaison bariatrique

Réfléchissez à votre expérience du port de la combinaison bariatrique.

Incluez-y tous vos sentiments, vos pensées, vos sensations corporelles qui furent déclenchés à la suite du port de ce costume, ainsi que les connaissances que vous avez acquises en faisant ces activités et en interagissant avec les autres dans le condo intelligent.

B. Après la visite clinique des patients

Veillez réfléchir à votre expérience d'une conversation au sujet de la gestion du poids en utilisant le cadre des « 5As » avec un de vos patients.

Incluez-y tous vos sentiments, vos pensées, vos défis, vos réussites, vos idées ainsi que tous les questionnements que vous avez pu éprouver pendant ou après la conversation au sujet de vous-même en tant que médecin de famille, de votre approche de la gestion du poids, de votre patient ou de l'utilité des « 5As ».

XI. Annexe D : Documents à distribuer aux apprenants

1. Étude de cas 1 : M. Joseph Mendoza

Joseph Mendoza est un homme de 43 ans originaire des Philippines qui a récemment immigré au Canada il y a trois ans. Il vit maintenant à Edmonton en tant que père seul. Cette visite sera sa deuxième visite chez le médecin depuis son arrivée au Canada, mais c'est la première fois que vous le rencontrez. La principale préoccupation du patient semble être sa douleur chronique au genou et sa fatigue.

En utilisant les « 5As » de la gestion de l'obésité pour structurer votre entrevue, **les objectifs clés requis** sont en caractères gras, tandis que les autres peuvent être facultatifs:

AGRÉER **APPRÉCIER** Accompagner s'Associer Aider

Résultats physiques et de laboratoire: Joseph Mendoza

- IMC = 38
 - Edmonton Obesity Staging System (EOSS) Étape 2 (ressource en anglais seulement)
 - Tension artérielle = 155/97
 - Fréquence cardiaque = 82
 - Fréquence respiratoire = 18
 - Saturation (SpO2) = 98 %
 - Glucose plasmatique à jeun = 6,4 mmol/L
 - Cholestérol LDL = 4,57 mmol/L
 - Cholestérol HDL = 1,01 mmol/L
-

2. Étude de cas no.2 : Mme Tracy Erikson

Madame Danielle Erikson est une mère de 35 ans éduquant seule ses deux jeunes filles : **Tracy 11 ans** qui a un surplus de poids, tandis que Tina 8 ans est elle mince. Mme Danielle Erikson est petite, mais son ex-mari était très costaud. Danielle s'inquiète pour ses filles et cherche également des conseils pour aider sa fille qui est en surpoids à perdre du poids..

En utilisant les « 5As » de la gestion de l'obésité pour structurer votre entrevue, **les objectifs clés requis** sont en caractères gras, tandis que les autres peuvent être facultatifs:

Agréer **APPRÉCIER** **ACCOMPAGNER** **S'ASSOCIER** Aider

3. Étude de cas no.3 : M. Alan Woods

Alan Woods est un homme timide de 55 ans qui travaille en tant que comptable agréé pour un cabinet situé au centre-ville d'Edmonton. Son médecin de famille depuis vingt ans, a récemment pris sa retraite. C'est sa troisième visite avec vous. Ses antécédents médicaux révèlent du diabète, de l'hypertension artérielle, de la coronaropathie, ainsi qu'une dépression. Lors de sa dernière visite à la clinique, vous lui avez diagnostiqué une apnée obstructive du sommeil et vous lui avez posé des questions sur son poids. Vous avez ainsi pris des dispositions pour qu'il revienne à la clinique de manière à discuter avec lui de diverses options de gestion du poids.

En utilisant les « 5As » de la gestion de l'obésité pour structurer votre entrevue, **les objectifs clés requis** sont en caractères gras, tandis que les autres peuvent être facultatifs:

Agréer **APPRÉCIER** **ACCOMPAGNER** **S'ASSOCIER** Aider

Résultats physiques et de laboratoire: Alan Woods

- IMC = 50
 - Edmonton Obesity Staging System (EOSS) Étape 3
 - Fréquence cardiaque = 89 battements par minute
 - Tension artérielle = 174/98
 - Fréquence respiratoire – 16 respirations par minute
 - Saturation (SpO₂) = 95
 - NFS et électrolytes normaux
 - Hgb A1c = 8,5 %
 - Glucose à jeun = 9,7 mmol/L
 - Bilan lipidique = normaux
-

4. Étude de cas 4 : Mme Eliza Aimes

Eliza Aimes est une femme de 26 ans qui est au 1 ou 2 mois de sa deuxième grossesse. Il y a maintenant trois ans que son premier fils est né. Sa première grossesse a été marquée par une prise de poids considérable. Elle craint que cela ne se reproduise, ainsi elle vous demande des conseils sur la prise de poids lors de la grossesse.

En utilisant les « 5As » de la gestion de l'obésité pour structurer votre entrevue, **les objectifs clés requis** sont en caractères gras, tandis que les autres peuvent être facultatifs:

Agréer **APPRÉCIER** **ACCOMPAGNER** **S'ASSOCIER** **AIDER**

Résultats physiques et de laboratoire : Mme Eliza Aimes

- Examen physique
 - IMC = 27
 - Tension artérielle = 123/74
 - Fréquence cardiaque = 74, rythme et contour réguliers
 - Mesure de la hauteur de l'utérus depuis la symphyse pubienne (HU) pendant la grossesse = non mesurée
 - L'échographie Doppler n'a pas été effectuée
-