
THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Examen de Certification en Médecine familiale

Vue d'ensemble de la structure et du système de notation des entrevues médicales simulées (EMS)

ENTREVUE MÉDICALE SIMULÉE

EMS 1

Mise à jour de juin 2023

Le collège des médecins de famille du Canada

Examen de certification en médecine familiale

Introduction

Ensemble, les deux composantes de l'examen de certification en médecine familiale visent à évaluer un échantillon représentatif des diverses connaissances, attitudes et compétences requises de la part des médecins de famille en exercice, telles qu'elles sont définies dans le document de référence intitulé « Objectifs d'évaluation pour la certification en médecine familiale ».

La composante des simulations cliniques écrites abrégées (SAMP) vise à évaluer les connaissances médicales, les aptitudes de résolution de problèmes et le raisonnement clinique des candidats. La composante des entrevues médicales simulées (EMS) sert à évaluer la mise en application par les candidats de la démarche de prise en charge centrée sur le patient dans le contexte d'un cabinet médical.

Le Collège estime que la méthode clinique centrée sur le patient (MCCP)¹ permet de prendre en charge plus efficacement les patients. Le barème de notation des EMS est basé sur la MCCP élaborée par le Centre for Studies in Family Medicine de l'University of Western Ontario. Le principe fondamental de la MCCP est de combiner une approche classique axée sur l'état de santé (p. ex., comprendre l'état de santé d'un patient au moyen d'une anamnèse efficace, cerner la physiopathologie, reconnaître des profils de tableaux cliniques, poser un diagnostic et savoir prendre en charge l'état de santé en cause) à une compréhension de la maladie découlant du problème de santé (p. ex., ce que les aspects cliniques de la maladie signifient pour le patient, comment il y réagit sur le plan émotionnel, comment il comprend le problème de santé qui le préoccupe et comment celui-ci affecte sa vie). Intégrer la compréhension de la maladie ou de l'état de santé à celle de la personne qui vit avec la maladie – par le biais de l'entretien, de la communication, de la résolution de problèmes et de la discussion de la prise en charge de la maladie – est un aspect fondamental de la méthode centrée sur le patient.

L'EMS ne met **pas** seulement l'accent sur la capacité des candidats à diagnostiquer et à prendre en charge convenablement un cas clinique, même si cet aspect est important; ceux-ci doivent aussi savoir appréhender les sentiments, les idées et les attentes des patients concernant la situation qui résulte du problème de santé ou à laquelle il est lié, et déterminer l'effet de ce problème sur leurs capacités fonctionnelles. Les candidats sont notés en fonction de leur capacité à mener l'entrevue de manière à établir un lien avec le patient et à le faire participer activement à l'élaboration d'un plan de prise en charge acceptable pour l'un et l'autre. Les cas présentés dans les EMS illustrent une variété de situations cliniques, mais ils font tous appel aux aptitudes de communication propres à la MCCP : il s'agit de comprendre les patients en tant qu'individus ayant un vécu particulier des symptômes, et de déterminer avec eux les mesures à prendre pour traiter efficacement les problèmes de santé qui les concernent.

¹ Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T, eds. *Patient-Centered Medicine : Transforming the Clinical Method*. 3^e éd. London : Radcliffe Publishing; 2014.

Les annexes suivantes seront utiles à tous les examinateurs :

Annexe 1 : Instructions normalisées aux candidats

Annexe 2 : Dix conseils de préparation du CMFC à l'intention des examinateurs

Annexe 3 : Distinguer une performance certifiable d'une performance hautement certifiable : analyse du vécu des symptômes

RAISON D'ÊTRE DE L'ENTREVUE MÉDICALE SIMULÉE N° 1

Cette entrevue médicale simulée vise à évaluer l'aptitude du candidat à prendre en charge un(e) patient(e) qui présente :

- 1. une poussée de polyarthrite rhumatoïde;**
- 2. l'hypertension.**

On trouvera dans la description de cas et le barème de notation des précisions sur les sentiments du patient, ses idées et ses attentes, ainsi qu'une méthode acceptable de prise en charge.

Le candidat prendra connaissance de l'énoncé suivant :

LA PATIENTE

Vous allez rencontrer M^{me} ANNETTE BEAULIEU, 56 ans, une nouvelle patiente.

DESCRIPTION DU CAS

Introduction

Vous êtes Mme ANNETTE BEAULIEU, âgée de 56 ans, éleveuse et toiletteuse pour chiens qui souffre d'une poussée de polyarthrite rhumatoïde (PR). Votre mère, MARIANNE BEAULIEU, s'inquiète pour vous. Elle vous a suggéré de consulter le candidat, car votre médecin de famille (MF), le Dr MARCUS, a pris sa retraite il y a un an.

Vous devez également discuter de votre hypertension avec le candidat.

HISTOIRE DU PROBLÈME

1er problème

Poussée de polyarthrite rhumatoïde

Épisode actuel : La poussée récente de polyarthrite rhumatoïde — votre troisième — a débuté il y a six mois et s'est aggravée au cours des deux derniers mois. Vous souffrez d'une douleur intense et d'une raideur aux mains, aux poignets et aux épaules. Les articulations proximales de vos doigts sont particulièrement atteintes; aujourd'hui elles sont peu enflées. Il vous est difficile de vous lever du lit le matin, d'ouvrir des bocaux et des boîtes de conserve.

Pire encore, vous êtes incapable de travailler ou même de promener votre colley, SOLEIL. Vous aimez votre travail de toiletteuse pour chiens et d'éleveuse de colleys à poil long, mais il vous est impossible de manier des brosses, des peignes et d'autres outils. Vous êtes de plus en plus fatiguée. Votre mère âgée est intervenue et s'est chargée du toilettage et du chenil, mais elle a dû consacrer moins d'heures de travail.

Vous avez d'abord évité de consulter un médecin et pris de l'acétaminophène (Tylenol) et du Tylenol avec codéine pendant un mois, sans obtenir de soulagement — et la codéine a provoqué de la constipation. Vous avez essayé ensuite l'ibuprofène (Advil) à raison de deux comprimés trois fois par jour. Vous avez pris de l'Advil assez régulièrement les cinq derniers mois, mais il ne vous procure aucun soulagement.

Vous ressentez un malaise et de la faiblesse et votre appétit est diminué. Le problème est accentué par la douleur et la raideur aux articulations, ce qui vous empêche de préparer vos repas facilement. Vous avez donc perdu près de 2 kg (5 lb.) au cours des deux derniers mois. Vous n'êtes pas déprimée, mais vous êtes contrariée de ne pas pouvoir vous occuper de vous-même. Vous n'avez pas bien profité de la vie ces deux derniers mois.

Vous ne présentez pas de signes extra-articulaires comme des signes oculaires, une éruption cutanée, des nodules et la fièvre. Aucune de vos articulations n'est déformée. Vous n'avez jamais consulté de physiothérapeute ou d'ergothérapeute, et n'avez jamais porté d'attelle.

Épisodes antérieurs : Votre PR a été diagnostiquée 10 ans plus tôt. Votre MF vous a traitée par du Tylenol et des anti-inflammatoires, et la PR est entrée en rémission. Vous n'avez pris aucun médicament qui modifie le cours de la maladie.

Malheureusement, il y a cinq ans, vous avez présenté une poussée qui, contrairement à la première, ne s'est pas résolue. Le Dr Marcus vous a orientée vers le Dr JONES, un rhumatologue. Le Dr Jones vous a prescrit du méthotrexate par voie orale. Dans un premier temps, ce traitement était efficace, mais finalement vous avez été hospitalisée pendant deux semaines à cause de problèmes pulmonaires. On vous a dit que le méthotrexate avait provoqué une toux sèche, non productive, persistante et des essoufflements intenses. Un examen radiographique a révélé une inflammation dans les poumons (« poumon méthotrexate »). Vous avez eu de la chance de ne connaître qu'une manifestation bénigne, et vous vous êtes rétablie en abandonnant le méthotrexate. L'arthrite a fini par entrer en rémission à nouveau.

2e problème

Hypertension

L'autre affection dont vous aimeriez parler avec le candidat est votre hypertension, diagnostiquée il y a cinq ans par le Dr Marcus alors que vous l'aviez consulté pour la prise en charge de la PR. Votre tension artérielle (TA) n'avait pas été vérifiée régulièrement depuis que le Dr Marcus a pris sa retraite. De plus, votre ordonnance d'un an d'hydrochlorothiazide et de triamtèrene (Dyazide) arrive très bientôt à échéance. Vous prenez ces médicaments tous les jours et vous souhaitez obtenir un renouvellement.

Vous êtes aussi préoccupée par votre hypertension et les problèmes de santé qu'elle peut engendrer. Vos deux parents souffrent également d'hypertension. Votre père a eu une crise cardiaque et votre mère a reçu un diagnostic d'insuffisance rénale il y a trois mois. D'après le néphrologue, elle pourrait avoir besoin de dialyse. Cela a été un signal d'alerte pour vous et vous avez commencé à vérifier votre TA à l'aide de son nouvel appareil ainsi qu'à la pharmacie locale. Les valeurs moyennes de la TA étaient de 155/95 mm Hg. Vous savez que ces chiffres sont trop élevés (si le candidat suggère que ces valeurs élevées coïncident avec l'Advil que vous avez pris, acquiescez). Vous craignez d'être atteinte d'insuffisance rénale comme votre mère, ou que votre hypertension vous cause des problèmes au cœur comme à votre père.

Comme la plupart des personnes hypertendues, vous êtes asymptomatique. Vous ne connaissez aucune complication actuelle de votre hypertension. Vous ne présentez pas de maux de tête ou d'autres symptômes possiblement associés à l'hypertension. Vous avez consulté un ophtalmologiste l'année dernière et d'après lui, vous ne présentez aucun signe lié à l'hypertension. Vos derniers examens, des analyses de sang et un test d'urine notamment remontent à il y a un an (tous les résultats étaient normaux).

Antécédents médicaux

Votre PR a été diagnostiquée il y a 10 ans, et votre hypertension il y a cinq ans.

Vous avez été hospitalisée il y a cinq ans à cause de la PR et de problèmes pulmonaires liés au méthotrexate. Vos deux autres hospitalisations se rapportent à la naissance de vos deux filles.

Histoire gynécologique

G2, P2, A0. Vous êtes ménopausée depuis l'âge de 51 ans. Lorsque de votre dernière visite chez Dr Marcus vous avez subi une cytologie cervicale et un examen des seins. Votre mammographie de dépistage fut complétée il ya environ 18 mois.

Médicaments

Dyazide, une fois par jour, régulièrement.

Ibuprofène (Advil) à raison de 400 mg trois fois par jour.

Aucun autre médicament en vente libre, médicament à base d'herbe ou remède homéopathique.

Résultats pertinents d'analyse de laboratoire

Aucune analyse récente.

Allergies

Aucune allergie connue.

Immunisations

À jour.

Problèmes liés au mode de vie

Tabac : Vous avez cessé de fumer il y a 10 ans, après avoir fumé deux paquets de cigarettes par jour pendant 35 ans.

Caféine : Vous buvez une tasse de café le matin.

Alcool : Vous buvez deux ou trois verres de vin rouge par semaine.

Substances récréatives ou autres : Vous ne consommez pas de drogues à des fins récréatives.

Alimentation : Vous n'avez pas suivi de diète précise, comme la diète DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension ou régime permettant de combattre l'hypertension par une alimentation saine) depuis que votre hypertension a été diagnostiquée. Vous consommez parfois moins de sel, mais votre diète s'est détériorée ces derniers temps, car l'Advil que vous prenez pour l'arthrite a compliqué les choses.

Exercice et récréation : Votre fatigue vous empêche de faire de l'exercice.

Antécédents familiaux

Votre mère est âgée de 76 ans. Elle faisait de l'hypertension depuis des années, avant le diagnostic de son insuffisance rénale il y a trois mois.

Votre père, LUC BEAULIEU, âgé de 76 ans, est semi-retraité, enseignant en musique et fermier. Il est atteint d'hypothyroïdie et d'hypertension.

Sa crise cardiaque est survenue il y a deux ans. Vous n'avez pas de frères et sœurs.

Vos deux filles adultes se portent bien.

Vous n'avez pas d'antécédents familiaux de PR. Vous n'avez pas non plus d'antécédents familiaux d'AVC, de diabète, d'hypercholestérolémie ou d'autres maladies sérieuses.

Antécédents personnels

Généralités

Vous êtes née, vous avez été élevée et vous vivez toujours dans une petite ville voisine de celle-ci. Vous avez toujours eu de bons rapports avec vos parents.

Vous habitez une maison située dans la ferme où vos parents ont aussi la leur. Votre chenil est adjacent à votre maison.

Premier mariage

Vous avez rencontré votre premier mari, JEAN BLAIS, quand vous aviez 20 ans et qu'il travaillait en ville. Vous êtes tombée enceinte et vous vous êtes mariée, car « c'est ce qu'il fallait faire en ce temps ». Votre première fille, JOANNE BLAIS, est née peu après. Vous avez eu votre deuxième fille, SUZANNE BLAIS, à l'âge de 22 ans. À cette époque, JEAN est devenu distant et vous avez découvert qu'il était alcoolique. Vous l'avez renvoyé, car il ne voulait pas se soigner. Il n'a jamais été un alcoolique violent et ne vous a jamais frappée. Vous ne savez pas ce qu'il est advenu de lui.

Second mariage

Vous avez rapidement rencontré MARC GAGNON à l'issue de votre premier mariage. Il était pompier dans la ville, « il n'était pas mal du tout », et avait à peu près le même âge que vous. Vous vous êtes mariée à l'âge de 24 ans et n'avez pas eu d'enfant avec lui.

Vous vous efforciez de combler tous les besoins de MARC, car il avait l'air très gentil et semblait un bien meilleur parti que votre premier mari. Toutefois, lorsque la PR s'est déclarée, il a eu du mal à y faire face. Il a toujours été en bonne santé, tout comme vous jusque-là. Juste avant l'aggravation de votre dernière poussée de PR il y a deux mois, il vous a quittée pour une jeune femme, mais vous êtes soulagée que tout cela soit fini. Il a emménagé dans une autre ville et vous a laissé la maison.

Vivre seule ne vous dérange pas. Vous ne souhaitez pas rencontrer quelqu'un d'autre.

Vos filles

JOANNE a 36 ans, elle vit dans la même ville que vous et elle est enseignante. Elle est mariée et a une fille de six ans.

SUZANNE a 34 ans et elle est célibataire. Elle travaille dans une épicerie de votre ville.

Histoire des études et du travail

Vous avez complété votre 12e année de secondaire dans une petite école de votre ville. Vous avez aidé vos parents dans leur ferme et avez occupé différents emplois à temps partiel en ville. Vos deux passions étaient l'écriture et les chiens.

Pendant 10 ans vous avez trouvé plaisant de rédiger des articles pour le journal de votre ville, jusqu'à ce que sa publication ait cessé il y a 10 ans. Vous avez continué à prêter de l'aide à vos parents dans leur ferme.

Il y a quatre ans, vous avez lancé une entreprise de toilettage et de chenil pour chiens et d'élevage de colleys à poil long. Votre « loisir » vous tenait de plus en plus occupée : c'est devenu votre moyen de subsistance lorsque votre mari vous a quittée il y a deux mois.

Finances

Actuellement, vous n'avez aucun problème financier, mais vous attendez que l'entente de séparation soit finalisée. Votre affaire de toilettage et de chenil est votre seule source de revenus. Votre autonomie financière dépend de votre capacité à reprendre le travail.

Vos parents acceptent de vous aider, mais ils n'ont pas une grosse réserve financière.

Vous êtes trop fière pour recourir à l'aide sociale.

Vous bénéficiez actuellement d'une assurance médicale et les coûts de vos médicaments sont couverts par le régime de MARC.

Réseau de soutien

Vos parents constituent votre principal soutien. Votre mère est une femme forte malgré ses maladies. Vous vous sentez mal, car vous pensez que vous devriez aider vos parents plutôt que de compter sur leur aide.

Vos filles vous appuient, mais sont occupées par leur vie. Elles ne peuvent pas vous aider physiquement ou financièrement. Par ailleurs, vous préféreriez ne pas être un fardeau pour elles.

Vous avez quelques amis dans la communauté, mais personne dont vous voudriez dépendre ou avec lesquels vous aimeriez partager les détails de votre vie intime.

Vous avez plusieurs amis qui sont aussi éleveurs et vous les voyez aux exhibitions canines. La plupart d'entre eux vivent ailleurs. Votre lien avec eux procède d'un intérêt commun.

Religion

Vous êtes protestante non pratiquante et croyez en Dieu. Vous ne pensez pas que votre maladie soit une punition de Dieu.

DIRECTIVES DE JEU

Vous portez des vêtements amples et décontractés — des vêtements faciles à enfiler si vous souffrez d'une poussée de PR. Vous avez l'air fatiguée et souffrante. Vous pouvez vous frotter les poignets et les mains.

Votre principal problème est la PR. Vous vous sentez un peu embarrassée de ne pas avoir consulté plus tôt et vous ne voulez pas que le médecin vous juge. Cependant, vous hésitez à demander de l'aide. En outre, vous vous SENTEZ contrariée car vous avez mal au point de ne pas pouvoir travailler. Votre IDÉE est que l'arthrite vous empêche de travailler et de mener une vie « normale ». Il faut que votre état s'améliore pour vous permettre de faire ce que vous voulez. En termes de FONCTIONNEMENT, l'arthrite vous empêche de vous occuper de vous-même ou de travailler. Si l'on vous pose des questions sur les médicaments et leurs effets, vous mentionnez succinctement les résultats et les effets secondaires. La vie n'est pas facile. Vous vous ATTENDEZ à ce que le MF prenne en charge votre arthrite et votre douleur. Vous espérez aussi qu'il vous aidera à retrouver vos activités normales de toilette et de chenil pour chiens.

Votre deuxième problème est votre hypertension. Vous êtes consciente de n'avoir pas pris au sérieux votre hypertension dans le passé. Vous avez commencé à y accorder plus d'importance depuis que votre mère a reçu un diagnostic d'insuffisance rénale il y a trois mois. Vos SENTIMENTS sont la préoccupation et l'inquiétude à propos de votre TA et de son effet sur votre santé. Votre IDÉE est que vous pourriez finir par présenter une insuffisance rénale comme votre mère, si votre hypertension n'est pas prise en charge adéquatement. De plus, l'hypertension pourrait avoir d'autres effets néfastes sur votre santé. Actuellement, elle n'a eu aucun effet négatif et n'a pas affecté votre FONCTIONNEMENT.

Vous vous ATTENDEZ à ce que le MF vous aide à prendre en charge votre hypertension en établissant un plan et des soins de suivi réguliers. Vous ne voulez pas que le médecin vous fasse la leçon parce que vous avez négligé votre TA.

Si le candidat s'attarde sur la séparation, vous devez l'éloigner du sujet en disant :
« Même si la séparation m'a attristée, je suis soulagée que tout est fini ».

LISTE DES PERSONNAGES MENTIONNÉS

Il est peu probable que le candidat vous demande le nom d'autres personnages. Si c'est le cas, vous pouvez les inventer.

ANNETTE BEAULIEU :	La patiente, âgée de 56 ans, une toiletteuse pour chiens atteinte de PR et d'hypertension.
LUC BEAULIEU :	Le père d'Annette, âgé de 76 ans, semi-retraité, enseignant en musique et fermier atteint d'hypertension et de problèmes cardiaques.
MARIANNE BEAULIEU :	Mère d'Annette, âgée de 76 ans, semi-retraîtée, toiletteuse pour chiens, atteinte d'hypertension et d'insuffisance rénale.
JEAN BLAIS :	Premier mari d'Annette, qui était alcoolique.
MARC GAGNON :	Second mari d'Annette, qui l'a quittée il y a deux mois après 32 ans de mariage.
JOANNE BLAIS:	La fille d'Annette et de Jean, âgée de 36 ans, mariée et enseignante, a une fille de six ans.
SUZANNE BLAIS :	La fille d'Annette et de Jean, âgée de 34 ans, travaille dans une épicerie locale.
D' MARCUS :	Ancien MF d'Annette, à la retraite depuis un an.
D' JONES :	Rhumatologue d'Annette il y a cinq ans.
SOLEIL :	Colley d'Annette.

CHRONOLOGIE

Aujourd'hui :	Rendez-vous avec le candidat.
Il y a deux mois :	Ne peut pas travailler à cause de la PR; sa mère s'est occupée de l'entreprise de toilettage et de chenil; Marc l'a quittée.
Il y a trois mois :	Diagnostic d'insuffisance rénale de la mère.
Il y a cinq mois :	A commencé à prendre de l'Advil à raison de 400 mg trois fois par jour.
Il y a six mois :	Début de la poussée d'arthrite; a essayé du Tylenol et du Tylenol avec codéine.
Il y a deux ans, à 54 ans :	Son père a eu une crise cardiaque.
Il y a quatre ans, à 52 ans :	A lancé une entreprise de toilettage et de chenil pour chiens, comme loisir.
Il y a cinq ans, à 51 ans :	Diagnostic d'hypertension; hospitalisation due au « méthotrexate-poumon ».
Il y a 10 ans, à 46 ans :	Diagnostic de la PR; fermeture du journal pour lequel vous rédigez des articles.
Il y a 20 ans, à 36 ans :	A commencé à rédiger des articles pour le journal local.
Il y a 32 ans, à 24 ans :	Mariage avec Marc Gagnon.
Il y a 34 ans, à 22 ans :	Naissance de Suzanne; a renvoyé Jean à cause de son alcoolisme.
Il y a 36 ans, à 20 ans :	Mariage avec Jean Blais; naissance de Joanne.
Il y a 56 ans :	Naissance.

Feuille de route de l'entretien à l'intention de l'examineur – Énoncés incitatifs

Énoncé initial	« Je crains d'avoir une poussée d'arthrite. »
Lorsqu'il reste 10 minutes* Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question d' hypertension , il faut dire : « Docteur, ma tension artérielle est élevée dernièrement »
Lorsqu'il reste 7 minutes* Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question de la rhumatoïde, il faut dire : « Que pouvons-nous faire pour mon arthrite? ». (Cet énoncé incitatif est rarement nécessaire.)
Lorsqu'il reste 0 minute :	« C'est terminé. »

* Pour éviter de nuire à la fluidité de l'entrevue, gardez à l'esprit qu'il est facultatif de signaler au candidat qu'il reste 7 minutes ou qu'il reste 10 minutes. Afin d'éviter de couper le candidat au milieu d'une phrase ou d'interrompre son processus de raisonnement, il est acceptable d'attendre pour offrir ces énoncés incitatifs.

Remarque :

Pendant les trois dernières minutes de l'entrevue, vous ne pouvez ajouter de l'information qu'en répondant à des questions directes; ne livrez pas de nouveaux renseignements **de votre propre chef**. Vous devez permettre au candidat de conclure l'entrevue pendant ces dernières minutes.

**THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA**



**LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA**

Le collège des médecins de famille du Canada

Examen de certification en médecine familiale

SÉANCE

Entrevue médicale simulée

Barème de notation

REMARQUE : Pour faire le tour d'un aspect en particulier, le candidat doit passer en revue au moins 50 % des éléments énumérés sous chaque point numéroté dans la colonne de gauche du barème de notation.

1. Description : POUSSÉE DE POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

1 ^{er} problème	Vécu des symptômes
<p>Les points à couvrir sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. symptômes actuels : <ul style="list-style-type: none"> • Douleur aux poignets, aux mains et aux épaules. • Raideur matinale. • Aggravation deux mois plus tôt. • A perdu 2kg (5 lb.) au cours des deux derniers mois. • Fatigue. 2. antécédents d'arthrite: <ul style="list-style-type: none"> • Début il y a 10 ans. • A présenté trois poussées. • Aucun antécédent familial de PR. • A consulté un rhumatologue il y a cinq ans. 3. traitement antérieur: <ul style="list-style-type: none"> • Le Tylenol n'a pas été efficace. • L'ibuprofène n'a pas procuré de soulagement. • La codéine a causé de la constipation. • Le méthotrexate a provoqué des problèmes pulmonaires. • Aucun autre agent essayé. 4. aucun signe ou symptôme extra-articulaire (p. ex., signes oculaires, éruption cutanée, nodules et fièvre). 	<p>Description du vécu des symptômes par la patiente.</p> <p>Vous êtes frustrée du fait que l'arthrite vous empêche de vivre pleinement votre vie, et ce que cela pourrait empirer.</p> <p>Vous ne pouvez pas travailler comme toiletteuse à cause de difficultés à manier des brosses et des peignes. De plus, il vous est également difficile de vous livrer à d'autres activités de la vie quotidienne, comme ouvrir des bouches.</p>

		<p>Déterminer comment le patient vit sa maladie ne consiste pas en une évaluation sous forme de liste de contrôle où il suffirait au candidat, pour obtenir la note de passage, de poser à haute voix des questions sur deux ou trois des quatre éléments pertinents que sont les sentiments, les idées, le fonctionnement et les attentes du patient.</p> <p>Pour être certifiable, le candidat doit s'informer du vécu des symptômes du patient dans le cours d'une conversation et</p>
--	--	--

		intégrer les renseignements obtenus de manière à lui montrer qu'il s'efforce de le considérer comme une personne à part entière atteinte d'une maladie, et pas seulement comme un cas typique de processus pathologiques à prendre en charge de la manière indiquée.
Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2, 3 et 4.	Examine activement le vécu des symptômes pour en dégager une compréhension profonde . À cette fin, le candidat doit résolument employer des techniques verbales et non verbales, en recourant notamment à des techniques d'interrogation efficace et d'écoute active.
Certifiable	Couvre les points 1, 2 et 3.	S'enquiert du vécu des symptômes pour parvenir à une compréhension satisfaisante au moyen de questions pertinentes et d'aptitudes non verbales.
Non certifiable	Ne couvre pas les points 1, 2 et 3.	Ne manifeste qu'un intérêt minime à l'égard du vécu des symptômes, se concentre surtout sur les processus pathologiques, et retire ainsi une compréhension faible du vécu des symptômes. Le candidat ne saisit pas les indices verbaux et non verbaux du patient ou encore, il interrompt souvent le patient.

2. Description : HYPERTENSION

2 ^{er} problème	Vécu des symptômes
<p>Les points à couvrir sont :</p> <p>1. antécédents d'hypertension :</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnostiquée il y a cinq ans.• A pris régulièrement du dyazide.• A vérifié sa TA elle-même.• Augmentation récente de la TA.• N'a pas consulté de médecin depuis près d'un an. <p>2. antécédents familiaux :</p> <ul style="list-style-type: none">• Antécédents familiaux d'hypertension.• Antécédents familiaux d'infarctus de myocarde.• Aucun antécédent d'AVC.• Sa mère est atteinte d'insuffisance rénale chronique. <p>3. facteurs liés au mode de vie :</p> <ul style="list-style-type: none">• Ancienne fumeuse.• Boit deux ou trois verres de vin rouge par semaine.• Ne consomme pas de drogues illicites.• Boissons à base de caféine – une par jour. <p>4. facteurs de risque de lésion des organes cibles :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pas de diète précise.• Incapacité à faire de l'exercice.• Pas de diabète connu.• Pas d'augmentation connue du taux de cholestérol.	<p>Description du vécu des symptômes par la patiente.</p> <p>Vous vous inquiétez de finir par faire de l'insuffisance rénale comme votre mère si votre hypertension n'est pas traitée et prise en charge adéquatement.</p>

		<p>Déterminer comment le patient vit sa maladie ne consiste pas en une évaluation sous forme de liste de contrôle où il suffirait au candidat, pour obtenir la note de passage, de poser à haute voix des questions sur deux ou trois des quatre éléments pertinents que sont les sentiments, les idées, le fonctionnement et les attentes du patient.</p> <p>Pour être certifiable, le candidat doit s'informer du vécu des symptômes du patient dans le cours d'une conversation et intégrer les renseignements obtenus de manière à lui montrer qu'il s'efforce de le considérer comme une personne à part entière atteinte d'une maladie, et pas seulement comme un cas typique de processus pathologiques à prendre en charge de la manière indiquée.</p>
Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2, 3 et 4.	Examine activement le vécu des symptômes pour en dégager une compréhension profonde . À cette fin, le candidat doit résolument employer des techniques verbales et non verbales, en recourant notamment à des techniques d'interrogation efficace et d'écoute active.
Certifiable	Couvre les points 1, 2 et 3.	S'enquiert du vécu des symptômes pour parvenir à une compréhension satisfaisante au moyen de questions pertinentes et d'aptitudes non verbales.
Non certifiable	Ne couvre pas les points 1, 2 et 3.	Ne manifeste qu'un intérêt minime à l'égard du vécu des symptômes, se concentre surtout sur les processus pathologiques, et retire ainsi une compréhension faible du vécu des symptômes. Le candidat ne saisit pas les indices verbaux et non verbaux du patient ou encore, il interrompt souvent le patient.

3. Contexte social et développemental

Description du contexte	Intégration du contexte
<p>Les points à couvrir sont :</p> <p>1. situation familiale/à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle vit seule. • Elle est séparée. • Deuxième mariage. • Pas de frères ou de soeurs. <p>2. soutien :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sa mère s’est occupée de son entreprise. • Elle a deux filles qui vivent dans la même ville. • Quelques amis proches. • Le soutien financier de la part de son mari n’est pas encore finalisé. <p>3. problèmes liés à la carrière /au cycle de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle a vécu toute sa vie dans la même petite ville. • Le toilettage pour chiens est devenu pour elle un moyen de subsistance. • Sa capacité à travailler est menacée à cause de sa PR. <p>4. aucune assurance invalidité, car elle est travailleuse autonome.</p>	<p>L’intégration du contexte permet d’évaluer l’aptitude du candidat à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • intégrer au vécu des symptômes des questions portant sur la famille, la structure sociale et le développement personnel du patient; • rendre compte au patient des observations et de l’analyse de façon claire et empathique. <p>Cette démarche est essentielle pour l’étape suivante : trouver un terrain d’entente afin d’élaborer un plan de traitement efficace.</p> <p>Voici un exemple d’énoncé d’un candidat hautement certifiable :</p> <p>« Vous avez fait face à de réelles difficultés. Votre arthrite s’aggrave et vous vole votre liberté, et la maladie de votre mère vous a donné à réfléchir sur votre hypertension. En tant que travailleuse autonome, votre situation financière risque de devenir précaire. »</p>

Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2, 3 et 4.	Démontre la capacité d’effectuer la synthèse initiale des facteurs contextuels, et manifeste la compréhension de leurs répercussions sur le vécu des symptômes. Rend compte avec empathie au patient de ses observations et de son analyse de la situation.
Certifiable	Couvre les points 1, 2 et 3.	Démontre qu’il reconnaît les répercussions de ces facteurs contextuels sur le vécu des symptômes.
Non certifiable	Ne couvre pas les points 1, 2 et 3.	Ne démontre qu’un intérêt minime face aux répercussions des facteurs contextuels sur le vécu des symptômes ou interrompt souvent le patient.

4. Prise en charge : POUSSÉE DE POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

Plan pour le 1 ^{er} problème	Trouver un terrain d'entente
<p>Les points à couvrir sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entreprendre un examen des articulations atteintes. 2. Prévoir des examens pour établir la gravité de la maladie (p. ex., vitesse de sédimentation globulaire et/ou protéine C-réactive/radiographie des articulations atteintes). 3. Discuter de la pharmacothérapie (p. ex., un analgésique pour la douleur et des agents modifiant le cours de la maladie). 4. Discuter des traitements non pharmacologiques (p. ex., exercice/physiothérapie, orientation/ergothérapie). 5. Indiquer d'autres examens servant à évaluer d'autres états associés à la PR (p. ex., examen des yeux, de la peau et des poumons). 	<p>Les comportements témoignant de la volonté de trouver un terrain d'entente ne se résument pas à ce que le candidat demande au patient s'il a des questions après lui avoir présenté un plan de prise en charge.</p> <p>La recherche d'un terrain d'entente se manifeste par le fait que le candidat favorise les échanges avec le patient, lui donne plusieurs fois l'occasion de poser des questions, l'invite à dire ce qu'il pense, demande des éclaircissements, vérifie s'il y a consensus, et reconnaît les hésitations ou les objections du patient, et y répond le cas échéant.</p> <p>Les examinateurs doivent évaluer la capacité du candidat à trouver un terrain d'entente sur la base des comportements dont il fait preuve au cours de l'entrevue.</p>

Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2, 3, 4 et 5.	Demande activement au patient d'exprimer ses idées et ce qu'il souhaite en matière de prise en charge. Encourage le patient à participer à l'élaboration d'un plan et à exprimer ses impressions à cet égard. Incite le patient à s'associer pleinement au processus décisionnel.
Certifiable	Couvre les points 1, 2, 3 et 4 OU 5.	Fait participer le patient dans l'élaboration d'un plan. Fait preuve de souplesse.
Non certifiable	Ne couvre pas les points 1, 2, 3 et 4 OU 5.	Ne fait pas participer le patient à l'élaboration d'un plan. Se contente de demander au patient s'il a des questions après lui avoir présenté un plan de prise en charge, sans faire davantage pour qu'il soit partie prenante.

5. Prise en charge : HYPERTENSION

Plan pour le 2 ^e problème	Trouver un terrain d'entente
<p>Les points à couvrir sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accepter de poursuivre le traitement de l'hypertension. 2. Discuter des liens possibles entre les anti-inflammatoires non stéroïdiens et l'augmentation récente de la TA. 3. Entreprendre un examen physique complet. 4. Discuter des traitements non pharmacologiques (p. ex., diètes comme la diète DASH et le retrait du sel de son alimentation, éviter l'alcool, encourager l'exercice et la perte pondérale). 	<p>Les comportements témoignant de la volonté de trouver un terrain d'entente ne se résument pas à ce que le candidat demande au patient s'il a des questions après lui avoir présenté un plan de prise en charge.</p> <p>La recherche d'un terrain d'entente se manifeste par le fait que le candidat favorise les échanges avec le patient, lui donne plusieurs fois l'occasion de poser des questions, l'invite à dire ce qu'il pense, demande des éclaircissements, vérifie s'il y a consensus, et reconnaît les hésitations ou les objections du patient, et y répond le cas échéant.</p> <p>Les examinateurs doivent évaluer la capacité du candidat à trouver un terrain d'entente sur la base des comportements dont il fait preuve au cours de l'entrevue.</p>

Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2, 3 et 4.	Demande activement au patient d'exprimer ses idées et ce qu'il souhaite en matière de prise en charge. Encourage le patient à participer à l'élaboration d'un plan et à exprimer ses impressions à cet égard. Incite le patient à s'associer pleinement au processus décisionnel.
Certifiable	Couvre les points 1, 2 et 3.	Fait participer le patient dans l'élaboration d'un plan. Fait preuve de souplesse.
Non certifiable	Ne couvre pas les points 1, 2 et 3.	Ne fait pas participer le patient à l'élaboration d'un plan.

6. Structure et déroulement de l'entrevue

Les composantes précédentes de la notation touchent des composantes précises de l'entrevue. Toutefois, il importe également d'évaluer la technique d'entrevue du candidat comme un ensemble cohérent. La consultation dans son ensemble doit donner l'impression d'être structurée et bien cadencée, et le candidat doit toujours adopter une méthode centrée sur le patient.

Voici des techniques de niveau certifiable à prendre en compte dans le déroulement de toute l'entrevue :

- Savoir orienter l'entrevue comme il faut, donner une impression d'ordre et de structure.
- Adopter le ton de la conversation plutôt que celui d'un interrogatoire consistant à poser au patient de nombreuses questions d'une liste de vérification.
- Faire preuve de souplesse et intégrer correctement tous les éléments et les stades de l'entrevue, qui ne doit pas être fragmentaire ni décousue.
- Déterminer les priorités de façon adéquate, en accordant suffisamment de temps aux différents éléments de l'entrevue.

Hautement certifiable	Fait preuve d'une aptitude supérieure dans la conduite d'une entrevue intégrée, qui comporte un début, un milieu et une fin bien définis. Favorise la conversation et la discussion en demeurant souple et en maintenant un débit et un équilibre adéquats. Très bonne utilisation du temps avec ordre de priorité efficace.
Certifiable	Possède un sens moyen d'intégration de l'entrevue. L'entrevue est bien ordonnée, bonne conversation et souplesse adéquate. Utilise son temps efficacement.
Non certifiable	Démontre une capacité limitée ou insuffisante à mener une entrevue intégrée. L'entrevue manque fréquemment d'orientation ou de structure. Peut manquer de souplesse ou se montrer trop rigide et adopter un ton exagérément interrogatif. N'utilise pas son temps efficacement.

Annexe 1 : Instructions normalisées aux candidats

1. Format

Bien que la consultation avec le patient/l'examineur se déroule dans un cadre virtuel, l'EMS se veut la **simulation d'une consultation en cabinet**, dans laquelle un examineur joue le rôle du patient qui vous consulte (à vous, le médecin) à votre cabinet. Après un énoncé introductif, vous êtes censé mener l'entrevue. Vous n'effectuez **pas** d'examen physique dans le cadre de la consultation.

2. Notation

Vous serez jugé par l'examineur, à partir de critères prédéfinis pour chaque cas. Ne demandez pas à l'examineur de vous renseigner sur vos notes ou votre performance et ne vous adressez pas à lui autrement que dans les limites de son rôle.

3. Durée

Chaque station de l'EMS dure 28 minutes, soit 1 minute de lecture, 15 minutes pour la consultation avec le patient et 12 minutes de temps d'attente que l'examineur consacra à la notation. Pendant l'examen de l'EMS, le temps est indiqué par deux compteurs à rebours. Le compte à rebours de la station dans la barre bleue en haut de l'écran démarre à 28 minutes et indique le temps restant pour toutes les composantes de la station combinées. La durée indiquée dans le compteur à rebours de segments dans la barre jaune change en fonction de celle des trois parties de la station que vous effectuez.

Avant le début de l'examen, vous vous trouverez dans la salle où celui-ci se déroulera, mais sans que les compteurs ne soient en marche. Pendant ce temps d'attente, on vérifiera votre identité et le surveillant s'assurera que votre microphone et votre caméra fonctionnent.

La première station de l'EMS démarre lorsque le compteur à rebours de segments dans la barre jaune apparaît et affiche **TEMPS DE LECTURE**. Vous disposez d'**une minute** pour prendre connaissance des renseignements concernant le patient qui vous sont fournis. À la deuxième station et aux stations suivantes, le TEMPS DE LECTURE indiqué dans la barre jaune démarre automatiquement lorsque vous passez à la station suivante de l'EMS.

Après le TEMPS DE LECTURE, le **TEMPS D'ÉVALUATION** s'affiche sur le compte à rebours du segment dans la barre jaune, et vous disposerez de 15 minutes pour mener l'entrevue. Aucun signal verbal ou visuel ne sera donné pour indiquer le temps restant (p. ex., à 3 minutes de la fin). Il est faux de croire que la discussion qui doit permettre de trouver un terrain d'entente avec le patient en ce qui concerne la prise en charge ne peut avoir lieu que dans les trois dernières minutes de la consultation. La consultation s'arrête au bout de 15 minutes même si vous êtes au milieu d'une phrase.

La barre jaune indique alors le **TEMPS DE NOTATION**, mais ce segment ne comporte pas de compte à rebours. Le temps de notation est une période de pause pour vous. Si, par exemple, vous commencez une station d'EMS avec 5 minutes de retard, le chronomètre de la station dans la barre bleue indiquera qu'il vous reste 7 minutes une fois que vous aurez atteint le segment du temps de notation.

Annexe 2 : Conseils de préparation du CMFC à l'intention des examineurs

1. La première règle à observer pour réussir à bien jouer votre rôle est d'incarner l'état d'esprit de l'individu que vous personnifiez. Vous rencontrez des patients depuis suffisamment longtemps pour savoir comment ils parlent, se comportent et s'habillent.

Pensez à :

- La réticence et l'attitude défensive d'un patient présentant un trouble de l'usage de l'alcool.
- La honte que peut ressentir quelqu'un qui vit avec un(e) partenaire très difficile.
- L'anxiété d'une personne atteinte d'une maladie au stade terminal.
- La timidité d'un(e) jeune adolescent(e) ayant un problème d'ordre sexuel.

Lorsque vous recevrez le scénario de votre entrevue médicale simulée, pensez aux éléments suivants :

- Quelle sera la réaction initiale de ce patient face à un nouveau médecin?
 - Le patient se montrera-t-il ouvert, timide, sur la défensive, etc.?
 - Dans quelle mesure une personne ayant ce niveau de scolarité et ce parcours s'exprimera bien?
 - Quel jargon, quelles expressions et quel langage corporel le patient utilisera-t-il?
 - Quelles seront les réactions du patient aux questions posées par un nouveau médecin?
 - Le patient se mettra-t-il en colère si l'on évoque sa consommation d'alcool?
 - La réticence du patient face aux questions posées concernant les relations familiales?
2. Laissez le candidat mener l'entrevue pour comprendre ce qui se passe. L'EMS est conçue pour que vous puissiez donner un ou plusieurs indices précis afin d'aider le candidat à cibler son attention. Trouvez le juste équilibre entre donner d'emblée trop d'information et être trop réticent. Vous pouvez prévoir les premières questions qui vous seront posées de manière à préparer vos réponses.

Vous avez tous passé cet examen vous-mêmes. Il est normal de compatir avec un candidat nerveux devant vous. Toutefois, cet examen est le résultat de nombreuses années d'expérience de la part du Collège, et les indices fournis sont suffisants pour permettre à la plupart des candidats de bien saisir les problèmes du cas. Si les candidats n'ont pas réussi à trouver la bonne piste après avoir reçu les indices prévus au scénario, c'est devenu leur problème et non le vôtre. Après cela, ne soyez pas trop généreux en matière de renseignements.

3. Si vous avez l'impression qu'un candidat a des difficultés liées à sa maîtrise de la langue pendant l'EMS, n'agissez pas et ne parlez pas différemment que vous ne le feriez avec d'autres candidats. Sachez que les candidats pourraient passer à côté des subtils indices verbaux présentés en vue de votre rôle dans l'EMS. Cependant, ce candidat risquerait fort de ne pas relever ces indices verbaux dans son propre cabinet. Il faut toutefois que tous les candidats soient exposés à un jeu de rôle normalisé, et interprété de manière uniforme. Cela dit, n'hésitez pas à indiquer à la section des commentaires de la feuille de notation toutes les difficultés de communication ou d'expression que vous aurez observées.
4. Il arrivera occasionnellement qu'un candidat prenne une certaine tangente ou pose des questions tout à fait inutiles. Pendant cet examen, vous devrez faire très attention de ne pas donner trop de renseignements, mais il ne convient pas non plus de mettre le candidat sur une fausse piste. Le

temps est limité. S'il vous semble qu'un candidat pose des questions tout à fait inutiles, répondez « Non » (ou donnez une autre réponse adaptée). Ce langage permettra au candidat d'éviter de perdre plusieurs minutes précieuses sur des tangentes qui ne sont pas dans le scénario.

5. Vos réactions ne doivent pas être exagérées.
6. Vous constaterez que vous serez plus à l'aise avec certains candidats, et moins à l'aise avec d'autres. Certains mèneront l'entrevue comme vous l'auriez fait vous-même, et d'autres procéderont différemment. Nous vous demandons de noter chaque candidat aussi objectivement que possible, en vous servant des énoncés de référence de la feuille de notation pour guider vos évaluations.
7. Les énoncés incitatifs suggérés après l'énoncé introductif sont facultatifs. Donnez un énoncé incitatif si vous estimez qu'il y a lieu de le faire (c.-à-d. si l'information n'a pas déjà été mentionnée au cours de la discussion). Si vous y pensez plus tard qu'au moment suggéré, mais que vous estimez qu'il est nécessaire, donnez-le à ce moment-là.
8. Faites attention aux directives relatives à la tenue vestimentaire et au jeu d'acteur fournies dans le scénario de l'EMS. Un changement qui vous paraît banal, par exemple porter une chemise à manches longues quand les instructions indiquaient d'en porter une à manches courtes, viendra modifier toute l'ambiance de la consultation avec les candidats.
9. Dans les trois dernières minutes de l'examen, vous ne devez pas fournir spontanément de nouveaux renseignements. Vous pouvez certainement les fournir si on vous les demande directement, mais contentez-vous de donner des réponses directes ou des éclaircissements.
10. Si le candidat termine bien avant la fin des 15 minutes, ne lui donnez pas d'autres renseignements et ne le lui faites pas savoir qu'il lui reste du temps. Vous pouvez toutefois répondre à toute question supplémentaire posée avant la fin de la période d'évaluation. Une fois que la période de notation débute, couvrez votre caméra et désactivez le son de votre micro.
11. Rappelez-vous de bien suivre le scénario, et rendez service au Collège en consignait clairement et adéquatement sur la feuille de notation les détails importants de l'entrevue.

Annexe 3 : Distinguer une performance certifiable d'une performance hautement certifiable – Analyse du vécu des symptômes

Une performance certifiable doit consister notamment à s'informer sur le vécu des symptômes afin de parvenir à une compréhension acceptable du patient et de ses problèmes (acceptable pour le patient/l'examineur).

Une **performance hautement certifiable** ne consiste pas simplement pour le candidat à obtenir plus d'information ou la quasi-totalité des éléments voulus. En effet, un candidat hautement certifiable doit examiner activement le vécu des symptômes et démontrer une compréhension approfondie de ce vécu. Une performance hautement certifiable repose sur l'utilisation habile d'aptitudes de communication, notamment en faisant preuve : 1) d'excellentes techniques verbales et non verbales; 2) d'un recours efficace aux questions; 3) d'une écoute active remarquable qui favorise la confiance entre le patient et le médecin et qui permet au patient de raconter toute son histoire.

Les éléments ci-dessous sont adaptés à partir des objectifs d'évaluation pour la certification en médecine familiale du CMFC. Le tableau ci-dessous doit servir de guide aux évaluateurs qui doivent déterminer si les aptitudes de communication d'un candidat sont le reflet d'une compétence certifiable, hautement certifiable ou non certifiable. Un candidat de niveau certifiable présente suffisamment de qualités pour parvenir à une compréhension acceptable. Un candidat hautement certifiable présente toutes ces qualités, tandis qu'un candidat non certifiable ne présente que quelques-unes de ces qualités, voire aucune, et ne parvient pas à une compréhension acceptable du patient et de ses problèmes.

Aptitudes à écouter

Le candidat utilise des aptitudes à écouter générales et actives pour faciliter la communication.

Comportements types

- Il prévoit du temps pour des silences opportuns.
- Il rend compte au patient de ce qu'il pense avoir saisi de ce que celui-ci lui a expliqué.
- Il répond aux indices (ne continue pas à poser des questions sur des sujets sans pertinence sans être attentif au patient qui lui révèle un changement important dans sa vie ou sa situation).
- Il demande des précisions sur le jargon que le patient utilise.

Adaptation à la culture et à l'âge

Le candidat adopte le style de communication qui convient au patient en fonction de sa culture, de son âge et de son incapacité.

Comportements types

- Il adapte son style de communication en fonction de l'incapacité du patient (p. ex., recourt à l'écrit pour les patients malentendants).
- Il utilise un ton de voix approprié en fonction de l'ouïe du patient.
- Il reconnaît les origines culturelles du patient et adapte ses manières en fonction de celles-ci.
- Il emploie les mots adaptés à chaque patient (p. ex., « faire pipi » au lieu d'« uriner » avec les enfants).

Aptitudes non verbales	Aptitudes d'expression
<p>Expression</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est conscient de l'effet du langage corporel dans la communication avec le patient et l'adapte en conséquence. <p>Comportements types</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il s'assure que le contact visuel convient à la culture du patient et qu'il ne le met pas mal à l'aise. • Il est concentré sur la conversation. • Il adapte son comportement au contexte du patient. • Il s'assure que le type de contact physique avec le patient ne le met pas mal à l'aise. <p>Réceptivité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est conscient du langage corporel, particulièrement en ce qui a trait aux sentiments difficiles à exprimer verbalement (p. ex., insatisfaction, colère, culpabilité) et y réagit. <p>Comportements types</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il réagit adéquatement devant l'embarras du patient (p. ex., il fait preuve d'empathie envers le patient). • Il demande au patient qu'il confirme verbalement la signification de son langage corporel/ses actions/son comportement (p. ex., « Vous semblez nerveux/contrarié/incertain/aux prises avec des douleurs »). 	<p>Expression verbale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ses aptitudes lui permettent d'être compris par le patient. • Il tient une conversation d'un niveau adapté à l'âge et au niveau de scolarité du patient. • Il emploie un ton adapté à la situation pour assurer une bonne communication et mettre le patient à l'aise. <p>Comportements types</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il pose des questions ouvertes et fermées de manière judicieuse. • Il vérifie auprès du patient qu'il a bien compris (p. ex., « Est-ce que je comprends bien ce que vous dites? »). • Il permet au patient de mieux raconter son histoire (p. ex., « Pouvez-vous me donner plus de précisions? »). • Il offre de l'information claire et structurée de façon à ce que le patient comprenne (p. ex., résultats d'analyses, physiopathologie, effets secondaires). • Il demande au patient comment il souhaite être abordé.

Préparé par : K. J. Lawrence, L. Graves, S. MacDonald, D. Dalton, R. Tatham, G. Blais, A. Torsein et V. Robichaud pour le Comité des examens en médecine familiale, Collège des médecins de famille du Canada, le 26 février 2010.