
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 10

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)* 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.

* 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° 10

Cette entrevue médicale simulée vise à évaluer l'aptitude du candidat à prendre en charge une patiente qui présente :

- 1. un épuisement lié aux soins de sa mère;**
- 2. des maux de tête.**

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} HÉLÈNE PEREIRA, 60 ans, une nouvelle patiente.

DESCRIPTION DU CAS

Introduction

Vous jouez le rôle de M^{me} Hélène Pereira, 60 ans. Hier, la gestionnaire de soins continus de votre mère vous a téléphoné pour vous informer que celle-ci sera bientôt prête à recevoir son congé de l'unité de réadaptation où elle se trouvait depuis trois semaines.

Vous vous êtes sentie dépassée par cette nouvelle et vous vous êtes objectée en disant que votre mère n'était absolument pas prête à rentrer à la maison.

La gestionnaire de soins a répondu : « C'est comme ça » et vous a dit de vous préparer à prendre soin de votre mère. Elle n'était pas intéressée à vous écouter. Cette conversation a déclenché chez vous un mal de tête pulsatile qui ne veut pas s'en aller.

Ce matin, vous avez téléphoné à votre médecin de famille (MF), le **D' LÉGER**, pour avoir des conseils sur la façon de vous assurer que votre mère ne sera pas renvoyée à la maison. Cependant, le médecin est absent pour les prochains mois; vous avez donc pris ce rendez-vous avec un nouveau médecin à la clinique.

HISTOIRE DU PROBLÈME

1^{er} problème

Épuisement lié aux soins de la mère

Votre mère, **LINA ALARIE**, est âgée de 93 ans et habite dans sa propre maison dans la même communauté que vous. Malgré son âge, elle est en bonne santé. Elle ne prend pas de médicaments, mis à part des médicaments « à base de plantes » et n'a jamais été malade un seul jour dans sa vie.

Votre mère est veuve depuis 15 ans. Votre père a succombé à une insuffisance cardiaque; il était très invalide à la fin de sa vie et il était atteint de démence.

Vous étiez là pour tous les deux à l'époque et vous avez aidé votre mère à s'occuper de votre père. Son décès n'a pas été un choc et au début, votre mère a bien fait face à la situation. Cependant, alors que ses amis sont devenus invalides et sont décédés, elle a commencé à vous en demander de plus en plus : de l'aide-ménagère à la maison, de l'aide pour faire ses courses, etc.

Depuis la dernière année, elle vous téléphone au moins trois fois par jour et si vous ne lui rendez pas visite, elle devient brusque avec vous. Cependant, c'est seulement au cours des derniers mois que vous vous êtes rendu compte à quel point votre mère était exigeante à présent et que ses demandes interfèrent avec votre vie. Les visites à votre mère par votre mari ou votre fille ne suffisent pas à alléger votre fardeau. De plus, votre mère est réticente à accepter leur aide ces jours-ci.

Il y a six ans, votre mère a subi une chirurgie de remplacement de sa hanche droite. Elle a traversé cette intervention sans aucun problème. Au cours de la dernière année, la douleur dans sa hanche gauche est

devenue plus intense et pratiquement constante et elle était très handicapée. Les radiographies ont révélé des problèmes sérieux d'arthrose, comme dans sa hanche droite.

Vous l'avez accompagnée chez son MF au sujet de sa hanche. Votre mère lui a dit sans détour qu'elle voulait une opération. Elle a dit que la douleur était trop difficile à supporter. Si elle mourait pendant ou après l'intervention, eh bien, ce serait la volonté de Dieu, mais elle était certaine que Dieu n'avait pas l'intention de lui infliger autant de douleur. Comme elle est témoin de Jéhovah, elle a été dirigée vers l'hôpital universitaire, qui utilise des techniques de récupération du sang qui rendraient l'intervention moins risquée. Elle a reçu du fer et de l'érythropoïétine avant l'intervention. Bien que sa mémoire soit encore bonne, votre mère hésite de plus en plus avant de prendre des décisions et elle a eu besoin de soutien et de réconfort constants avant l'opération.

L'arthroplastie a eu lieu il y a un mois. Elle s'est bien déroulée. Une semaine plus tard, votre mère a été transférée à l'aile de réadaptation et de soins pour affections subaiguës du même hôpital, qui est assez loin de chez vous. Il vous faut 45 minutes pour vous y rendre.

Vous avez visité votre mère à l'hôpital presque tous les jours et vous étiez très surprise quand la gestionnaire de soins continus vous a téléphoné hier.

Vous vous attendiez à ce que votre mère reste au moins un autre mois à l'hôpital. La physiothérapeute vous avait dit que votre mère avait passé tellement de temps assise au cours de la dernière année que sa forme physique laissait beaucoup à désirer et qu'elle aurait besoin d'au moins deux mois de réadaptation! Votre mère vous avait dit que bien qu'elle marche avec un déambulateur pendant la réadaptation, elle avait encore besoin de quelqu'un avec elle; elle allait à la toilette seulement sous supervision et avait besoin d'aide pour s'habiller et mettre ses bas et ses chaussures. Elle vous a aussi dit qu'elle avait peur de sortir du lit. Elle se sentait étourdie quand elle se levait de son fauteuil ou de son lit. Bien qu'elle se soit plainte à vous, vous soupçonnez qu'elle n'a rien dit de tout cela aux soignants. Vous l'avez cependant vue se lever de son fauteuil et marcher jusqu'à la toilette, puis se relever de la toilette et retourner à son fauteuil en utilisant son déambulateur. Vous avez l'impression qu'elle a fait un effort pour montrer qu'elle était prête à rentrer à la maison.

Elle mettait probablement de la pression sur les soignants pour qu'ils la laissent rentrer à la maison. Vous croyez qu'elle leur a dit que vous seriez là pour prendre soin d'elle et que vous resteriez avec elle au besoin. Quand vous avez parlé avec la gestionnaire de soins hier, vous avez insisté pour dire que votre mère n'était pas du tout prête à rentrer à la maison, qu'elle n'était pas en sécurité seule et qu'elle tomberait et se retrouverait de nouveau à l'hôpital.

Vous n'avez pas abordé vos propres sentiments d'accablement liés aux soins de votre mère, ni du fait qu'elle s'attendait à ce que vous soyez avec elle en tout temps, jour et nuit, juste pour elle.

Par le passé, l'aide à domicile n'a pas fonctionné. Votre mère ne voyait pas la nécessité d'avoir de l'aide à la maison alors que vous étiez là pour l'aider.

Les personnes envoyées pour l'aider ne faisaient jamais les choses comme elle voulait. Elle était trop fière pour laisser une préposée l'aider à se laver. Vous craignez que même si des « aidants » sont en place, votre mère va rapidement les congédier et s'attendre à ce que « vous » l'aidiez.

Votre mère habite au premier étage d'un duplex. Trois marches mènent à sa porte d'entrée. Sa salle de bain est attenante à sa chambre et la toilette a un siège surélevé et des barres d'appui. Sa cuisine est bien

disposée. Elle a une bonne chaise qui a été achetée après sa première arthroplastie, à la recommandation d'une ergothérapeute.

Les soins à votre mère vous ont rendue irritable récemment. Vous vous sentez comme « un os que des chiens se disputent », étant tirée d'un côté et de l'autre, sans aucun contrôle sur votre vie. Vous jugez que votre mère vous contrôle complètement, vous et votre famille. Au cours de la dernière année, vous n'avez pas eu de temps pour vous-même et vous n'avez pas encore réussi à partir pour une fin de semaine avec votre mari ni même à avoir une seule journée à vous.

Vous n'avez pas pris de vacances depuis cinq ans. Pendant des années, vous avez pris des vacances en hiver et en été.

Vous songez beaucoup à cette perte de contrôle sur votre vie ces jours-ci.

Au cours de l'appel téléphonique d'hier, vous avez dû faire preuve de beaucoup de volonté pour ne pas fondre en larmes et dire à la gestionnaire de soins de vous laisser tranquille parce que vous en aviez assez. Vous aimez votre mère tendrement et vous vous sentez coupable, mais pas trop, au sujet de vos pensées. Vous croyez que vous avez été plus qu'attentionnée envers votre mère et qu'elle vous manipule maintenant. Vous ne savez pas pourquoi ni comment cela s'est produit; vous vous êtes simplement retrouvée prise au piège dans tout ça. Vous n'avez jamais confronté votre mère ni discuté de vos sentiments sérieusement avec elle. Elle n'est pas une personne avec qui il est très facile de discuter; elle se met sur la défensive et se fâche si elle est confrontée.

Vous dormez toujours bien. Vous n'êtes pas triste ni déprimée, seulement tiraillée de tous côtés. Vous n'êtes pas suicidaire et vous n'avez jamais songé à faire du mal à votre mère.

2^e problème

Maux de tête

Après le téléphone d'hier, vous avez commencé à avoir mal à la tête. Vous saviez qu'il s'en venait dès que vous avez raccroché. Vous aviez cette vague sensation que votre tête était pleine et vous étiez très étourdie, ce qui a causé une vision embrouillée, puis une vision déformée suivie d'une douleur martelante derrière votre œil droit. Cette douleur irradiait vers tout le côté droit de votre tête.

Vous avez pris un comprimé de diméhydrinate (Gravol) et deux comprimés d'acétaminophène (Tylenol) avec codéine et vous êtes allée vous coucher avec un sac de glace. Vous avez dormi et quand vous vous êtes réveillée, le mal de tête était toujours là, mais il était tolérable. Vous vous sentiez complètement « lavée ».

Au cours de la dernière année, vous avez recommencé à avoir ce genre de maux de tête. Vous en avez au moins un par mois et ils deviennent de plus en plus fréquents. Vous croyiez vous en être débarrassée!

Vous souffrez de « migraines » depuis la fin de l'adolescence. Les crises sont typiques, elles s'accompagnent d'une aura, de scintillements et d'un mal de tête pulsatile. Pendant des années, vous aviez trois ou quatre épisodes de mal de tête par année. Généralement, vous aviez la vision embrouillée, puis une sensation de lumières qui clignotent, souvent dans les deux yeux, suivie d'un terrible mal de tête qu'il est presque impossible de décrire. Le mal de tête vous faisait vomir. Vous aviez l'habitude de prendre un comprimé de Gravol et deux comprimés de Tylenol avec codéine et d'essayer de dormir.

Le mal de tête durait jusqu'à trois jours, de façon intermittente, et il vous laissait épuisée et vidée. Votre médecin à l'époque vous avait offert des médicaments pour prévenir ces maux de tête, mais vous jugiez qu'ils ne se produisaient pas assez souvent pour justifier une médication quotidienne. Vous vous êtes rendue à l'urgence à deux reprises parce que vos maux de tête étaient tellement violents. Vous avez reçu une médication intraveineuse qui était efficace.

Puis, il y a environ 12 ans, vos maux de tête ont changé; ils commençaient lentement, comme toujours, mais la douleur était différente et les vomissements étaient constants. Vous avez pris vos doses habituelles de Gravol et de Tylenol No 3, mais celles-ci n'ont eu aucun effet. Vous avez consulté votre MF qui vous a prescrit des narcotiques plus puissants; à l'urgence, le cocktail habituel de médicaments n'a pas fonctionné. Finalement, quand votre MF vous a vu le jour suivant, il a découvert que vous étiez délirante. Vous ne vous rappelez pas cet épisode, mais votre famille vous dit que vous avez subi une tomodensitométrie (TDM) dans l'heure qui a suivi et que vous avez immédiatement été envoyée en neurochirurgie. Vous aviez été victime d'une hémorragie sous-durale spontanée. Aucune cause n'a jamais été trouvée. L'hématome a été drainé et vous vous êtes complètement rétablie. Au cours des années qui ont suivi, vous n'avez pas eu de maux de tête, bien que vous ayez vécu dans la peur qu'une nouvelle hémorragie ne survienne. Éventuellement, vous vous êtes persuadée que « la foudre ne tombe pas deux fois au même endroit » et vous avez pris les choses de façon plus détendue.

Il y a un an, les anciennes migraines sont revenues, avec la même vision embrouillée, les mêmes éclairs et le même mal de tête pulsatile. Vous n'aviez pas beaucoup de nausées et généralement, ces maux de tête vous immobilisaient seulement pour un matin ou un après-midi. Quand les maux de tête sont revenus, on vous a envoyée pour une TDM à la recommandation du neurochirurgien. Le résultat était normal.

Vous reconnaissez maintenant le stress et le manque de sommeil comme étant des éléments déclencheurs de vos maux de tête. Si vous devenez tendue parce que vous avez l'impression que vous n'aurez pas le temps de tout faire dans une journée ou parce qu'une situation survient sur laquelle vous n'avez aucun contrôle, vous êtes certaine qu'un mal de tête va se manifester. Si vous avez eu une mauvaise nuit, vous vous attendez à ce qu'un mal de tête apparaisse le lendemain.

Antécédents médicaux

Antécédents de migraines.

Ménopause sans problèmes il y a 10 ans.

Résultats des tests de Papanicolaou toujours normaux; dernier test il y a un an.

Résultats des mammographies toujours normaux; la dernière mammographie était il y a un an.

Densitométrie osseuse effectuée il y a quelques mois; votre médecin vous a dit que votre colonne vertébrale était comme celle d'une personne de 45 ans et que vos hanches étaient comme celles d'une personne de 55 ans.

Antécédents chirurgicaux

Craniotomie pour un hématome sous-dural il y a 12 ans.

Médicaments

Tylenol avec codéine (Tylenol No 3), deux comprimés pour les maux de tête; jamais plus de 4 comprimés par jour.

Gravol, un comprimé de 50 mg avec le Tylenol avec codéine; jamais plus de deux comprimés par jour.

Vitamine D, 800 UI avec 1 200 mg de calcium par jour.

Résultats pertinents d'analyses de laboratoire

Aucun.

Allergies

Bien que vous n'y soyez pas allergique, vous avez toujours évité les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), la raison étant que vous ne voulez pas avoir de problèmes de saignement.

Immunisations

À jour.

Problèmes liés au mode de vie

Tabac : Vous ne fumez pas et vous n'avez jamais fumé.

Alcool : Vous ne consommez pas d'alcool.

Caféine : Une tasse de café le matin.

Cannabis : Aucun.

Substances récréatives ou autres : Aucune.

Alimentation : Régime alimentaire typique de l'Amérique du Nord.

Activité physique et loisirs : Vous aviez l'habitude de faire du tai-chi deux fois par semaine.
Vous ne semblez plus avoir le temps pour ce genre d'activité.

Antécédents familiaux

Votre père, **GUILLAUME ALARIE**, souffrait d'insuffisance cardiaque découlant d'une cardiomyopathie ischémique. Il est devenu dément au cours de la dernière année de sa vie et il est décédé à l'âge de 82 ans. À votre connaissance, il n'y a pas d'autres antécédents familiaux significatifs.

Votre mère est en bonne santé pour son âge. Elle a dit à son médecin de famille que si elle ne pouvait pas prendre les décisions au sujet de sa santé, vous le feriez à sa place. Cependant, aucun document officiel n'a été signé pour confirmer ce souhait.

Votre frère, **ROBERT ALARIE**, âgé de 65 ans, est marié et habite à 100 km d'ici.

Famille d'origine

Vous avez toujours habité dans cette communauté. Vous avez obtenu votre diplôme d'études secondaires et vous avez travaillé comme secrétaire à un bureau d'avocats local.

Votre frère aîné n'est pas religieux. Il s'occupe très peu des soins de votre mère. Quand vous n'êtes pas en colère contre lui parce qu'il ne fait pas sa part pour aider, vous vous rendez compte que son détachement de la famille est en partie la faute de vos parents. Quand il s'est marié, Robert a décidé que la vie de Témoin de Jéhovah n'était pas pour lui et il a quitté la congrégation. Vos parents ont refusé de lui parler pendant plusieurs années. Quand il a eu des enfants, ils lui ont pardonné et maintenant votre mère le voit comme « une bonne personne, mais pas un des nôtres ».

Mariage

Vous avez rencontré **JOSÉ PEREIRA**, 67 ans, à un congrès des Témoins de Jéhovah. Il était un homme « aux traits exotiques » dont les parents espagnols avaient immigré ici quand il était un petit garçon. Après de brèves fréquentations, vous vous êtes mariés. Vous n'avez jamais regretté votre mariage.

José possède sa propre entreprise. Il installe et vernit des planchers de bois de franc. Il cible la couche supérieure du marché et obtient la majeure partie de ses contrats grâce au bouche à oreille parmi les « gens aisés ». Il a toujours travaillé 12 heures par jour.

Enfants

Vous avez eu une seule grossesse et vous avez donné naissance à votre fille, **ÉLISABETH**, qui a maintenant 25 ans. Vous ne savez pas pourquoi vous avez été enceinte une seule fois et vous avez accepté depuis longtemps que vous n'auriez qu'un enfant.

Votre gendre, **JEAN**, âgé de 30 ans, a été une addition à la famille fort bien accueillie. Élisabeth l'a épousé il y a trois ans. Il est un charmant jeune homme très travaillant. Cependant, bien qu'il ait une éducation de niveau collégial en administration des affaires, il n'a jamais réussi à avancer. Après son mariage avec Élisabeth, il a été mis à pied. Au cours de cette période, il a travaillé avec votre mari à poser des planchers et a découvert que ce travail lui plaisait. José lui a donné une formation pour qu'il soit en mesure de prendre la relève un jour. La transition devrait se passer maintenant, mais un an après son mariage avec

Élisabeth, Jean a consulté le même neurochirurgien qui vous avait traitée pour des maux de tête et une faiblesse dans un bras.

Une tumeur au cerveau a été découverte. Celle-ci a été enlevée et Jean a subi de la radiothérapie. Jusqu'à maintenant, la tumeur n'est pas revenue. Les oncologistes sont d'un optimisme prudent. Cette année a été comme « une descente aux enfers » alors que vous avez offert votre soutien à votre fille et à votre gendre, tant sur le plan financier qu'affectif. (La famille de Jean habite à deux provinces d'ici.) Votre fille planifiait une grossesse quand la tumeur de Jean a été découverte.

Études et parcours professionnel

Après vos études secondaires, vous avez tout d'abord travaillé comme secrétaire juridique. Vous faisiez également la tenue de livres et preniez les commandes pour l'entreprise de votre mari, ce que vous continuez à faire aujourd'hui.

Finances

Votre maison est dans un beau quartier de la ville et vous n'avez plus d'hypothèque depuis un certain temps. Vous êtes bien préparés pour la retraite; en fait, José avait planifié qu'il se retirerait maintenant et que votre gendre prendrait la relève.

L'argent n'est pas un problème pour votre mère. Elle en a plus qu'assez pour se payer de l'aide ou même pour vivre dans une maison privée de soins infirmiers si nécessaire. (Vous étiez surprise d'apprendre qu'en plus de sa maison, elle a plus de 300 000 \$ en investissements et au moins un autre 250 000 \$ en certificats de placement garantis.) Cependant, elle aime épargner et ne pas dépenser son argent. Il est important pour elle de laisser un héritage à ses deux enfants, bien que ni vous ni votre frère n'ayez besoin de son argent.

Vous avez une procuration perpétuelle pour les finances de votre mère. Comme vous, elle a un testament.

Réseau de soutien

Vous avez des amis proches au Kingdom Hall et vous pouvez vous tourner vers la plupart d'entre eux pour obtenir de l'aide et du soutien. Ils visitent aussi votre mère et lui apporteront de la nourriture quand elle sortira de l'hôpital, mais ils ne participent pas à ses soins.

Votre fille, votre gendre et votre mari essaient tous d'aider et de comprendre votre mère. À l'occasion, votre mari peut être irrité par ses demandes. Il tente de vous protéger et détecte votre irritabilité probablement bien avant que vous n'en soyez vous-même consciente.

Au cours des deux derniers hivers, José est allé en voyage de ski seul. Cela l'a dérangé. Lui aussi insiste pour que vous vous occupiez davantage de vous-même et que vous ne cédiez pas autant aux demandes de votre mère. Il est déçu que vous n'ayez pas pu être plus ferme avec elle, mais vous remarquez qu'elle le manipule tout aussi facilement.

Religion

Comme votre mère, vous êtes Témoin de Jéhovah. Vous êtes active et pratiquante, tout comme votre mari, votre fille et votre gendre.

DIRECTIVES DE JEU

Vous portez des vêtements d'allure décontractée appropriés pour une femme d'âge moyen. Votre détresse est apparente à l'idée de voir votre mère recevoir son congé de l'hôpital aussi rapidement.

Vous avez accepté de voir ce médecin, car vous jugez que ce congé imminent constitue une crise. Vous ne vous attendiez pas à ce que votre mère se rétablisse aussi rapidement. Vous croyiez avoir l'occasion de vous reposer et ce n'est pas le cas. Vous êtes furieuse qu'on vous ait dit que votre mère rentrait à la maison.

Vous insistez sur ses étourdissements et son incapacité pour justifier son besoin de prolonger son séjour à l'hôpital. Vous pourriez dire quelque chose comme : « Elle ne peut certainement pas rester seule », « Elle ne peut même pas mettre ses chaussures seule », ou « Elle va tomber à cause de ses étourdissements ».

Au début de l'entrevue, vous ne vous rendez pas compte que le problème vous concerne autant que votre mère et que vous êtes « épuisée » par ses soins et par votre relation avec elle. Si un candidat fait preuve d'empathie ou de compréhension face à votre situation, vous devenez moins assertive et plus réaliste. Vous pourriez dire : « Ils doivent me donner plus de temps » ou « Ils m'ont surprise avec cette nouvelle et je ne suis pas encore prête sur le plan émotionnel à m'occuper de ma mère ».

Vous êtes prête à discuter des traitements prophylactiques et abortifs pour vos maux de tête. Vous êtes satisfaite si vous êtes dirigée vers un autre médecin, mais vous aimeriez quelque chose pour vous aider en attendant la consultation.

Si le candidat vous offre des AINS, vous dites que vous ne les prendrez pas parce que vous êtes Témoin de Jéhovah.

Si le candidat évoque la possibilité que vous soyez déprimée, vous niez ce fait avec véhémence. Vous êtes d'accord pour dire que vous êtes épuisée sur le plan émotionnel. Vous acceptez rapidement toute suggestion qui vous permettra de gagner du temps avant le congé de votre mère.

Vous seriez prête à revenir voir le candidat, avec ou sans votre mère, pour discuter de la question des soins une fois qu'elle aura son congé de l'hôpital.

Liste des personnages mentionnés

HÉLÈNE PEREIRA :	La patiente, 60 ans, qui souffre d'épuisement lié aux soins de sa mère et de migraines.
JOSÉ PEREIRA :	Le mari d'Hélène, âgé de 67 ans.
ÉLISABETH :	La fille d'Hélène, âgée de 25 ans.
LINA ALARIE :	La mère d'Hélène, âgée de 93 ans.
ROBERT ALARIE :	Le frère d'Hélène, âgé de 65 ans.
JEAN :	Le mari d'Élisabeth, âgé de 30 ans.
GUILLAUME ALARIE :	Le père d'Hélène, décédé à l'âge de 82 ans.
D^r LÉGER :	Le MF d'Hélène, absent pour les prochains mois.

CHRONOLOGIE

Aujourd'hui :	Rendez-vous avec le candidat.
Il y a un mois :	Deuxième arthroplastie de votre mère.
Il y a deux ans :	Diagnostic de tumeur au cerveau chez votre gendre.
Il y a trois ans :	Mariage de votre fille.
Il y a cinq ans :	Dernière année où vous avez pris des vacances.
Il y a six ans :	Première arthroplastie de votre mère.
Il y a 12 ans :	Craniotomie à cause d'une hémorragie sous-durale.
Il y a 15 ans :	Décès de votre père.
Il y a 25 ans :	Naissance de votre fille.

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

Énoncé initial	« J'ai besoin de votre aide avec ma mère! »
Lorsqu'il reste 10 minutes* Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question des maux de tête, il faut dire : « Depuis qu'elle a téléphoné hier, j'ai un nouveau mal de tête. »
Lorsqu'il reste 7 minutes* Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question du stress/épuisement, il faut dire : « Vous savez, je ne sais pas si je vais pouvoir supporter ma mère encore longtemps. » (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 : ÉPUISEMENT LIÉ AUX SOINS DE LA MÈRE

1 ^{er} problème	Vécu des symptômes
Les points à couvrir sont : 1. besoins actuels de soins de la mère : • Arthroplastie récente. • Réadaptation pendant trois semaines. • S'apprête à recevoir son congé avec un changement soudain du plan de soins. • Non indépendante dans les activités de la vie quotidienne (AVQ); a besoin d'aide pour se laver, s'habiller, etc. 2. besoin de soins de la mère avant son hospitalisation : • Habitait seule. • Pas de signes de démence. • Autres membres de la famille pas acceptables comme soignants. 3. fardeau de soins : • La mère accepte seulement l'aide de la patiente. (Le mari de la patiente et sa fille ne sont plus acceptables pour la mère.) • Le frère de la patiente n'aide pas. • Les services de soins à domicile ne sont pas acceptables pour la mère. 4. mise en place de limites : • N'a jamais discuté de cette question avec sa mère.	Description du vécu des symptômes par la patiente. Vous êtes furieuse contre l'hôpital qui congédie votre mère de manière inappropriée, sans établir un plan d'action. Vous êtes dépassée par les événements et en même temps coupable de la façon dont vous vous sentez. Vous n'êtes plus capable de vous occuper de votre mère seule. Vous n'avez plus de temps pour vous. Vous ne prenez pas de vacances et vous avez cessé d'aller à vos séances d'exercice. Vous espérez que ce MF va intervenir et garder votre mère à l'hôpital jusqu'à ce que vous soyez en mesure de vous occuper d'elle.

	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. 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.
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 : MAL DE TÊTE

2 ^{er} problème	Vécu des symptômes
Les points à couvrir sont : 1. mal de tête actuel : - Sait quand il s'en vient (aura). - Généralement de type migraineux. - Scintillements. - Hémicrânien. 2. antécédents : - Migraines depuis son enfance. - Craniotomie pour une hémorragie sous-durale il y a 12 ans. - Migraines ont recommencé il y a un an. - TDM normale il y a un an. - Augmentation de la fréquence. 3. traitement : - Gravol. - Acétaminophène avec codéine. - N'a jamais utilisé de médicament prophylactique. 4. refus de prendre des AINS parce qu'elle est Témoin de Jehovah.	Description du vécu des symptômes par la patiente. Vous en avez assez des maux de tête et celui-là était la goutte qui a fait déborder le vase. Il s'agissait de votre migraine habituelle et le téléphone de la gestionnaire de cas l'a déclenché. Habituellement, vous éprouvez de l'incapacité à fonctionner jusqu'à trois jours lorsque que vous avez la migraine. Ce qui est moins sévère récemment. Vous espérez que cette visite sera une occasion de vous défouler et que le médecin va faire preuve d'empathie.

	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. 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.
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
Les points à couvrir sont : 1. soutien pour la patiente : - Mari qui lui offre son soutien. - Fille qui lui offre son soutien. - Sa fille a davantage de responsabilités (son mari a une tumeur au cerveau). - Congrégation de la patiente l'aide beaucoup. 2. facteurs sociaux/cycles de vie : - Fait la tenue de livres pour son mari. - Avait planifié de prendre sa retraite. - Son gendre est incapable de s'occuper de l'entreprise. - Financièrement indépendante. 3. affaires de sa mère : - À l'aise financièrement. - La patiente a une procuration. - Testament en ordre. - Pas de désignation officielle d'une personne responsable de prendre les décisions concernant les soins de la mère si celle-ci en devenait incapable.	L'intégration du contexte permet d'évaluer l'aptitude du candidat à : - 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. Cette démarche est essentielle pour l'étape suivante : trouver un terrain d'entente afin d'élaborer un plan de traitement efficace. Voici un exemple d'énoncé d'un candidat hautement certifiable : « Il est devenu difficile pour vous d'agir comme une bonne fille et de prendre soin de votre mère, malgré le soutien de votre famille et de votre congrégation. Il semble que votre mère vous demande plus que vous ne pouvez donner et ce stress se manifeste par des migraines plus fréquentes et de l'irritabilité. »

Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2, et 3.	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 et 2.	Démontre qu'il reconnaît les répercussions de ces facteurs contextuels sur le vécu des symptômes.
Non certifiable	Ne couvre pas les points 1 et 2.	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 : ÉPUISEMENT LIÉ AUX SOINS DE LA MÈRE

Plan pour le 1 ^{er} problème	Trouver un terrain d'entente
Les points à couvrir sont : 1. Confirmer que les inquiétudes de la patiente sont justifiées, identifier le problème comme étant un épuisement/stress de soignant. 2. Appuyer la patiente dans la création d'un plan pour gérer la situation immédiate/défendre les droits de la patiente. 3. Offrir du counselling de soutien/un suivi pour son stress. 4. Discuter ou offrir de discuter de stratégies à long terme pour les soins de la mère.	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. 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. 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.

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. 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 : MAL DE TÊTE

Plan pour le 2 ^e problème	Trouver un terrain d'entente
Les points à couvrir sont : 1. Confirmer qu'elle souffre de migraines. 2. Offrir un traitement de rechange pour ses migraines ou en discuter. 3. Discuter des médicaments prophylactiques. 4. Discuter à savoir s'il est nécessaire ou non d'investiguer davantage le mal de tête.	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. 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. 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.

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 personifiez. 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 Expression • Il est conscient de l'effet du langage corporel dans la communication avec le patient et l'adapte en conséquence. Comportements types • 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. Réceptivité • 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. Comportements types • 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 »).	Aptitudes d'expression Expression verbale • 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. Comportements types • 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.