
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 12

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° 12

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

- 1. souffre d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC);**
- 2. est financièrement exploitée par sa fille.**

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} IRÈNE BOUCHARD, 55 ans, une nouvelle patiente.

DESCRIPTION DU CAS

Introduction

Vous êtes M^{me} **IRÈNE BOUCHARD**, 55 ans. Vous avez travaillé comme femme de ménage l'essentiel de votre vie adulte. Vous consultez aujourd'hui ce médecin de famille (MF) car vous êtes essoufflée lorsque vous êtes à l'ouvrage ou que vous montez des escaliers. C'est votre première visite chez un MF depuis de nombreuses années.

HISTOIRE DU PROBLÈME

1^{er} problème

Essoufflements (MPOC)

Vous travaillez comme femme de ménage dans des foyers. Chaque semaine, vous faites le ménage et la lessive dans cinq ou six résidences différentes. Ces tâches sont physiquement exigeantes. Vous devez frotter, passer l'aspirateur, porter des paniers à lessive et faire du repassage. La plupart des maisons dans lesquelles vous travaillez ont des escaliers. Depuis les deux dernières années, vous vous essoufflez graduellement à force de monter des escaliers ou après un effort. L'essoufflement semble s'aggraver. Il y a deux semaines, M^{me} **LALONDE**, une cliente régulière depuis 10 ans, a remarqué que vous vous étiez arrêtée au milieu de l'escalier pour reprendre votre souffle. Elle vous a demandé si vous aviez récemment consulté un médecin. Mme Lalonde a toujours été gentille et, lorsque vous lui avez répondu que ce n'était pas le cas, elle vous a proposé de vous prendre ce rendez-vous.

C'est votre premier rendez-vous chez un MF depuis plus de cinq ans. En fait, vous n'avez pas eu le temps de vous occuper de vous-même. Vous consacrez la plupart de vos journées à courir d'une maison à l'autre. Une journée de congé est une journée sans revenu, et pour joindre les deux bouts il est impératif que vous travailliez régulièrement. La dernière fois que vous êtes allée dans une clinique sans rendez-vous, c'était à cause d'un « mauvais rhume » accompagné de fièvre, il y a huit mois de cela, l'automne dernier. Le médecin vous avait prescrit des antibiotiques et suggéré d'arrêter de fumer. Votre rhume s'est estompé et vous avez essayé d'abandonner la cigarette. Vous fumiez à l'époque un paquet et demi par jour, mais vous en êtes à présent à 10 à 15 cigarettes par jour. Peu d'employeurs vous permettent de fumer chez eux par les temps qui courent, ce qui vous a d'ailleurs aidé à fumer moins.

Autrefois, la fréquence de vos rhumes était la même que celle des autres, « peut-être quatre ou cinq par an ». Depuis les deux dernières années environ, les rhumes semblent s'aggraver. Vous crachez plus de flegme et vos toux durent plus longtemps. Le rhume que vous avez attrapé il y a huit mois a été particulièrement éprouvant : vous n'avez pas eu de fièvre et avez craché beaucoup de flegme jaune.

Vos essoufflements ont progressé, et vous réalisez en fait qu'ils se sont lentement aggravés. Vous avez d'abord pensé qu'il était normal d'être un peu essoufflée en vieillissant, mais vous vous rendez compte que vous l'êtes davantage que la plupart des personnes de votre âge.

Vous toussiez seulement au réveil, et cela n'a pas changé. Vous crachez généralement une petite quantité de flegme jaune le matin. Pas de sang dans les expectorations, ni fièvre ni perte pondérale à signaler. Vous dormez bien la nuit avec un oreiller et vos essoufflements ne vous réveillent pas. Vous n'êtes pas essoufflée lorsque vous marchez sur des plans droits, sauf lorsque vous essayez de hâter le pas ou de courir (p. ex. pour attraper un bus).

Vous n'avez jamais souffert d'asthme pendant votre enfance ou à l'âge adulte, et vous ne croyez pas avoir une respiration sifflante. Vous n'éprouvez pas de douleur thoracique au repos ou à l'effort. Il ne vous semble pas que votre cœur batte rapidement ou irrégulièrement. Votre ménopause s'est produite sans symptômes il y a cinq ans, et vous n'avez pas eu de saignement vaginal depuis. Vous n'avez pas observé de sang dans les selles ou l'urine, et on ne vous a jamais fait remarquer que vous étiez pâle.

La pensée que quelque chose ne va pas dans vos poumons vous préoccupe. Toutes sortes d'idées vous traversent l'esprit : « j'ai toujours travaillé dur, je suis peut-être simplement fatiguée »; « cela est peut-être dû à mon tabagisme »; « peut-il s'agir du cancer? », etc.

Vous vous attendez à ce que le MF vous recommande d'arrêter de fumer. Vous n'êtes pas sûre d'en être capable, surtout maintenant, alors que vous êtes si stressée. (Une allusion à votre stress pourrait servir d'indice pour le deuxième problème.)

2^e problème

Comportement abusif de sa fille

À l'âge de 18 ans, vous avez eu un petit-ami appelé **JEAN**. Vous êtes tombée enceinte et il a disparu. Vos parents étaient mécontents, mais ils vous ont laissée rester chez eux jusqu'à la naissance de votre fille, **ISABELLE BOUCHARD**. Vous avez quitté ensuite la résidence familiale et trouvé un petit appartement où vous avez élevé Isabelle toute seule, avec l'aide de vos parents. Au début, vous receviez des prestations de bien-être social, mais lorsque Isabelle a été assez grande pour aller à l'école, vous avez commencé à faire des ménages pour gagner un peu plus d'argent. Pendant un certain temps, vous avez travaillé « au noir », mais après quelques années, votre revenu était suffisant pour ne plus avoir besoin de l'assistance sociale. C'est là votre seul emploi depuis que vous avez 28 ans et qu'Isabelle en a 10.

Isabelle a toujours eu un caractère inflexible. Elle testait les limites à chaque occasion. Vous l'avez corrigée tant que vous avez pu mais n'aviez aucune expérience dans l'éducation des enfants. Vous n'avez pas eu de petit-ami stable ni de partenaire qui puisse vous aider. De plus, vos parents ne se souciaient pas particulièrement de vous ou d'Isabelle, et vous avez fini par avoir de moins en moins de contacts avec eux.

Vous avez vécu dans un quartier un peu difficile de la ville, et l'école d'Isabelle était un terrain propice à la circulation de drogues et aux activités de gang de rue. Elle a eu de « mauvaises fréquentations », et vous ne saviez pas quoi faire à part l'admonester chaque soir. À l'âge de 16 ans, elle échouait ses cours et vous étiez presque sûre qu'elle prenait de la drogue. Vous n'en avez jamais consommé vous-même, et vous ne

saviez absolument pas à quoi vous attendre ni comment réagir. Peu après ses 17 ans, elle a laissé une note sur la table de la cuisine, indiquant qu'elle en avait assez de vous écouter et qu'elle quittait la maison pour partir avec son petit ami. Vous vous êtes adressée à l'école et à la police, mais ils n'ont pas réussi à la retrouver et elle a disparu de votre vie.

Vous avez été dévastée. Vous adoriez votre fille et aviez l'impression que vous auriez dû mieux la protéger. En réalité, elle s'était éloignée de vous dès l'adolescence, et vous vous sentiez impuissante. Dans votre voisinage, vous aviez peu d'amies avec qui parler. Aucune d'entre elles n'a eu l'air étonné d'apprendre que votre fille était partie, et certaines vous ont même dit que vous seriez mieux sans elle car vous n'aviez que 35 ans et que vous pouviez refaire votre vie : « Il sera plus facile de trouver un homme si votre fille ne vit pas chez vous. » Cependant, vous n'aviez absolument aucune envie d'entamer une autre relation. Vous ne faisiez pas du tout confiance aux hommes et étiez plus heureuse toute seule. Vous avez continué d'entretenir vos relations amicales et à faire vos ménages, mais vous ne cherchiez pas à refaire votre vie.

Il y a six mois, Isabelle, qui a maintenant 37 ans, est soudainement réapparue à votre porte. Elle vous a dit qu'elle avait besoin d'un logement et d'un peu d'argent. Vous l'avez accueillie sans hésiter. Elle avait l'air d'avoir traversé des moments assez difficiles. Elle était mince et nerveuse, et semblait à la fois lasse et craintive.

Graduellement, elle s'est confiée à vous : elle a pris beaucoup de stupéfiants, notamment de l'héroïne, et a travaillé comme prostituée dans une autre ville pour pouvoir se procurer de la drogue. Elle est revenue pour essayer de faire des ménages. Elle vous a dit qu'elle avait arrêté de se droguer depuis plusieurs mois, et qu'elle avait besoin d'un nouveau départ. Vous étiez contente de revoir Isabelle et soulagée de savoir qu'elle était encore en vie. Elle vous a informée qu'elle n'avait jamais eu de relation durable et qu'elle n'avait pas eu d'enfant. (Vous n'êtes pas grand-mère.) Cela dit, vous étiez un peu effrayée par son apparence et par les histoires qu'elle vous a racontées.

Toujours est-il que vous avez commencé à vous occuper d'elle. Elle vous a dit qu'elle était absolument sans le sou, et qu'elle aurait besoin d'un peu d'argent pour s'acheter des habits et essayer de trouver un travail. Vous lui avez donné 500 \$ de vos économies.

Compte tenu de votre occupation, vous êtes hors de la maison pendant la plus grande partie la journée. Isabelle vous a dit qu'elle cherchait un emploi. Pendant un mois, les choses se sont assez bien passées. Vous avez eu quelques disputes à cause de petits accrochages. Isabelle semblait s'énerver pour des riens facilement. Dès le deuxième mois, vous avez commencé à douter de ses efforts de recherche d'emploi. Elle dormait lorsque vous quittiez l'appartement et, parfois, était encore au lit à votre retour à la fin de la journée. Elle sortait en soirée et revenait alors que vous étiez déjà endormie. Elle a continué « à vous emprunter » de l'argent. Vous lui avez dit que vous n'aviez pas beaucoup d'économies et que vous en aviez besoin pour joindre les deux bouts, mais elle vous a promis de vous les rendre et vous a hurlé que vous étiez égoïste. Elle est devenue de plus en plus agressive verbalement. La semaine dernière, elle vous a dit : « Donne-moi ton argent, espèce de chienne! Tu n'as rien fait pour moi lorsque j'étais enfant. » Elle prétend que vous « ne valez rien, que vous êtes une boniche pour les riches ». Après ces disputes, vous lui avez donné tout l'argent que vous aviez. Franchement, vous commencez à avoir peur. Vous voulez qu'elle quitte la maison. Vous la soupçonnez de s'être remise à prendre de la drogue et à se prostituer. Vous avez remarqué qu'elle dévalisait votre sac. Hier, vous lui avez dit que vous n'aviez plus d'argent à lui donner : « Tu devrais te trouver un travail et un appartement bientôt, Isabelle. » Elle vous a hurlé dessus. Elle vous a

dit que vous étiez une chienne incapable, et a jeté une chaise contre le mur avant de sortir. Elle est revenue et était endormie lorsque vous avez quitté la maison pour votre rendez-vous d'aujourd'hui.

Jusqu'à présent, vos voisins ne s'en sont pas mêlés. Ils ne se sont pas disputés avec Isabelle dans les couloirs de votre immeuble. Vous avez pu confiner le problème « à la famille ». Vos amies du voisinage ont été surprises d'apprendre qu'Isabelle était revenue « sans crier gare », mais elles présument que vous êtes heureuse de l'avoir retrouvée. Isabelle n'a pas emmené d'étrangers chez vous. Vous n'avez pas trouvé de drogues ni de seringues dans votre appartement.

Vous vous sentez coupable et effrayée. Vous vous dites que vous devriez aider votre fille mais en même temps, vous n'avez pas beaucoup d'argent et vous vous demandez ce qu'elle en fait. Ses accès de colère sont violents et, même si elle ne vous a pas fait de mal physiquement, vous êtes inquiète.

Antécédents médicaux

Depuis que vous êtes adulte, vous n'avez pas reçu de soins médicaux réguliers. À l'occasion, vous allez dans des cliniques sans rendez-vous pour soigner des problèmes mineurs.

Vous êtes G1P1A0. Vous avez eu un accouchement vaginal spontané il y a 37 ans. Vous n'avez pas passé de test de Pap depuis la naissance d'Isabelle.

Antécédents chirurgicaux

Aucun.

Médicaments

Aucun.

Résultats pertinents d'analyses de laboratoire

Aucun.

Allergies

Pas d'allergie connue.

Immunisations

Vous avez reçu vos vaccins à l'école.

Problèmes liés au mode de vie

Tabac : Vous avez commencé à fumer à l'âge de 16 ans. Jusqu'à il y a huit mois, vous fumiez un paquet et demi de cigarettes par jour. À présent, vous fumez 10 à 15 cigarettes par jour.

Alcool : Rarement, vous prenez une bière avec une amie chez vous.

Caféine : Une tasse de café le matin.

Cannabis : Aucun.

Substances récréatives ou autres : Vous ne consommez aucune drogue illicite.

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

Activités physiques et loisirs : Vous aimez regarder la télévision.

Antécédents familiaux

Il y a trois ans, votre père est mort des suites d'un emphysème à l'âge de 72 ans. L'année dernière, votre mère est morte d'une crise cardiaque à l'âge de 75 ans.

Famille d'origine

Votre enfance s'est déroulée sans incident. Votre père travaillait dans une usine de la ville, et votre mère était commis d'épicerie. Vos rapports ont décliné lorsque vous êtes tombée enceinte. Vous n'étiez pas proche d'eux avant leur mort, mais ils vivaient dans la même ville que vous.

Relations

Vous avez eu quelques petits amis lorsque vous étiez plus jeune, mais vous n'avez jamais rencontré l'homme avec lequel vous aimeriez vivre. À l'âge de 40 ans, vous avez quasiment abandonné l'idée d'avoir de nouvelles relations.

Enfants

Vous avez une fille, Isabelle Bouchard, âgée de 37 ans.

Études et parcours professionnel

Vous n'avez jamais eu de bons résultats à l'école. Vous avez arrêté vos études à l'âge de 16 ans, sans finir votre secondaire. À cette époque, vous viviez chez vos parents et aviez quelques petits boulots épisodiques pour vous faire de l'argent de poche.

Finances

Vos revenus consistent en des paiements comptants que vous recevez pour vos ménages. Votre situation financière est toujours précaire et vous n'avez pas beaucoup d'économies. Vous gagnez 400 \$ par semaine lorsque tout va bien. Vous pouvez payer le loyer, les factures, l'épicerie, les cigarettes, etc., mais il vous reste peu d'argent à la fin du mois.

Réseau de soutien

Vous avez quelques amies proches dans votre quartier. Vous leur rendez visite ou allez jouer au bingo avec elles de temps en temps. Vous seriez gênée de leur parler de votre situation avec votre fille.

Religion

Vous ne pratiquez aucune religion.

DIRECTIVES DE JEU

Vous êtes vêtue très simplement, de vêtements peu coûteux. Vous ne portez ni bijoux ni maquillage. Vous avez abandonné l'école, et votre registre de langue doit refléter votre niveau de scolarité : utilisez des termes simples, des phrases courtes et de l'argot. Ayez l'air confuse si un candidat utilise une langue soutenue ou des termes médicaux.

Vous êtes là pour voir un médecin pour la première fois depuis longtemps. Vous êtes inquiète au sujet de vos essoufflements croissants. Vous n'êtes pas tout à fait sûre de ce qui vous arrive, mais votre **IDÉE** est que cela est lié à votre tabagisme. Votre **SENTIMENT** est l'inquiétude. Quant à votre **FONCTIONNEMENT**, le problème commence à affecter votre capacité de travail, ce qui rend votre avenir préoccupant. Si vous ne pouvez pas travailler, vous allez devoir redemander l'assistance sociale et il vous sera difficile de payer votre loyer. Vos **ATTENTES** sont les suivantes : le médecin vous examinera, il vous enverra peut-être passer une radiographie thoracique et il vous recommandera certainement d'arrêter de fumer. Vous écoutez poliment tout conseil concernant l'abandon du tabagisme, mais vous n'accepterez pas de le suivre cette fois-ci. Par contre, vous espérez qu'il n'est pas trop tard pour soigner ce qui ne va pas. Si le candidat vous demande si vous avez déjà entendu parler des outils d'aide à l'abandon du tabagisme, répondez que vous n'avez pas trop fait attention aux publicités télévisées.

Le deuxième problème concerne votre situation familiale, mais c'est un élément important du contexte. Votre fille vous effraie. Vos **SENTIMENTS** : vous vous demandez si elle vous fera du mal physiquement. Votre **IDÉE** est qu'elle consomme de la drogue et qu'elle profite de vous, mais vous hésitez à l'avouer au candidat. C'est votre fille après tout, et vous êtes déchirée. Peut-être que vous lui devez quelque chose, ou que vous avez été une mauvaise mère. Le problème n'affecte pas encore votre **FONCTIONNEMENT**, mais vous êtes inquiète à l'idée de manquer d'argent à la fin du mois. Vous n'avez aucune **ATTENTE** vis-à-vis du médecin pendant cette visite.

Votre deuxième indice se rapporte à votre précarité financière.

Le candidat doit vous demander pourquoi. Vous devez ensuite l'informer que votre fille vous emprunte de l'argent. Si le candidat cherche à savoir pourquoi, répondez : « Elle ne travaille pas pour l'instant. » Vos réponses aux questions subséquentes doivent révéler graduellement le reste de l'histoire. Le candidat doit essayer de vous soutirer de l'information en vous posant des questions délicates. Voici un exemple de dialogue possible :

Candidat : « Dans quoi travaillait-elle auparavant? »

Vous : « Bien, nous avons perdu le contact, mais je ne crois pas qu'elle a travaillé récemment. »

Candidat : « Vous avez perdu le contact? »

Vous : « Oui, Isabelle a quitté la maison lorsqu'elle avait 17 ans, et elle vient de revenir. »

Les questions peuvent se poursuivre à peu près de cette manière. Même si vous n'avez que 55 ans, le scénario doit permettre au candidat de démontrer qu'il comprend la dynamique d'exploitation dont vous êtes victime. Il doit se rendre compte que vous êtes une proie facile qui se sent impuissante et piégée dans une situation dangereuse. Pour diriger la discussion sur ce sujet, il est important de prévoir une réponse claire au cas où le candidat vous demande si vous seriez prête à appeler la police ou à quitter

l'appartement si vous vous sentiez menacée. Si le candidat décrit un plan sans vous demander clairement si vous pensez pouvoir appeler la police ou quitter la maison, vous acquiescez poliment.

Si le candidat explore véritablement la question en vous demandant si vous avez la force de le faire, dites que vous ne pouvez pas concevoir d'appeler la police à cause de votre fille et que vous seriez gênée de demander de l'aide à un voisin.

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.

IRÈNE BOUCHARD : La patiente, 55 ans; travaille comme femme de ménage et a constaté des essoufflements croissants.

ISABELLE BOUCHARD : La fille d'Irène, 37 ans; est récemment revenue vivre dans cette ville.

JEAN : Le père d'Isabelle, qui n'a jamais fait partie de sa vie.

M^{me} LALONDE : L'une des clientes régulières d'Irène, qui a pris le rendez-vous d'aujourd'hui avec le candidat.

CHRONOLOGIE

Aujourd'hui :	Rendez-vous avec le candidat.
Hier :	Isabelle a jeté une chaise contre le mur.
Il y a quatre mois :	Isabelle est devenue plus agressive verbalement.
Il y a six mois :	Isabelle est réapparue.
Il y a huit mois :	Vous avez pris des antibiotiques pour soigner un « mauvais rhume ».
Il y a 20 ans :	Isabelle a quitté la maison à l'âge de 17 ans, lorsque vous en aviez 35.
Il y a 37 ans :	Vous êtes tombée enceinte à l'âge de 18 ans.
Il y a 39 ans :	Vous avez abandonné le secondaire à l'âge de 16 ans.
Il y a 55 ans :	Naissance.

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

Énoncé initial	« J'ai des essoufflements lorsque je monte des escaliers. »
Lorsqu'il reste 10 minutes* Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question du comportement abusif d'Isabelle, il faut dire : « Je dois continuer à travailler. Mes finances sont serrées ».
Lorsqu'il reste 7 minutes* Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question des essoufflements, il faut dire : « Pensez-vous que je pourrais continuer à travailler? ». (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 : MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE

1 ^{er} problème	Vécu des symptômes
<p>Les points à couvrir sont :</p> <p>1. histoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Début des manifestations ces deux dernières années. • Toux productive le matin. • Apparition graduelle. • Expectoration jaune. <p>2. antécédents de tabagisme/pulmonaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle a commencé à fumer pendant l'adolescence. • Elle fume 10 à 15 cigarettes par jour. • Elle fumait davantage dans le passé. • Un épisode de mauvais rhume a nécessité des antibiotiques il y a environ huit mois. <p>3. exclusion d'autres causes de la dyspnée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de douleur thoracique. • Pas d'essoufflements la nuit. • Pas d'antécédents d'asthme. • Pas de perte pondérale. • Pas d'hémoptysie. <p>4. elle n'est pas prête à cesser de fumer pour le moment (phase précontemplative).</p>	<p>Description du vécu des symptômes par la patiente.</p> <p>Vous êtes inquiète et vous pensez qu'il peut s'agir du cancer. Cela a causé un ralentissement dans l'accomplissement de vos tâches. Vous espérez que le MF demandera une radiographie thoracique.</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</p>
--	--	---

		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 : COMPORTEMENT ABUSIF DE SA FILLE

2 ^{er} problème	Vécu des symptômes
<p>Les points à couvrir sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. antécédents de la fille : <ul style="list-style-type: none"> • Disparition pendant l’adolescence. • Consommation abusive de drogues. • Prostitution. • La fille n’a pas de partenaire actuellement. 2. exploitation financière : <ul style="list-style-type: none"> • Elle demande de l’argent. • Elle disparaît la nuit. • Il est évident qu’elle n’est pas à la recherche d’un emploi. • Il manque de l’argent dans le sac de la patiente. 3. exploitation croissante: <ul style="list-style-type: none"> • La patiente est dénigrée. • La fille lui hurle dessus. • La fille a jeté une chaise. • Aucune menace évidente d’homicide. 4. le fait que la patiente ne s’est pas confiée à ses amies ou à ses clientes. 	<p>Description du vécu des symptômes par la patiente.</p> <p>Vous éprouvez de la crainte face au comportement de votre fille et vous vous sentez coupable de vouloir qu’elle quitte votre appartement. Jusqu’à présent, le comportement abusif n’a pas entraîné des répercussions sur votre fonctionnement mais vous pourriez manquer d’argent si cela continue. Vous n’avez aucunes attentes concernant cette visite chez le MF.</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</p>
--	--	---

		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
<p>Les points à couvrir sont :</p> <p>1. situation familiale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isabelle est fille unique. • Mère célibataire. • Aucun partenaire actuel. • Pas de petits-enfants. • Parents décédés <p>2. histoire professionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle travaille comme femme de ménage. • Elle a quelques clientes. • Dépendait de l'assistance sociale lorsqu'elle élevait Isabelle. <p>3. situation financière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elle gagne juste assez d'argent pour payer son loyer et ses factures. • Peu d'économies. • Aucun soutien de la part du père d'Isabelle. <p>4. le fait qu'il n'y a personne pour s'occuper d'elle si elle tombait malade.</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 devez être très contrariée au sujet d'Isabelle. Elle a disparu pendant des années, et des retrouvailles qui auraient pu être heureuses s'avèrent cauchemardesques. Cela doit exacerber vos inquiétudes actuelles sur votre propre santé, d'autant que vous ne vous sentez pas en sécurité chez vous. Comment pouvez-vous aider Isabelle alors qu'elle vous menace? »</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 : MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE

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. Envisager de possibles lésions pulmonaires (maladie pulmonaire obstructive chronique ou bronchite chronique, expliquée en des termes compréhensibles). 2. Planifier un examen physique. 3. Planifier des examens, y compris une radiographie thoracique et une spirométrie. 4. Passer en revue les options pour l'abandon futur du tabagisme. 	<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. 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 : COMPORTEMENT ABUSIF DE SA FILLE

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. Dites-lui que vous êtes inquiet pour sa sécurité. 2. Suggérez-lui des ressources communautaires (services sociaux, services de lutte contre la maltraitance des personnes âgées, etc.). 3. Établissez un plan d'action dans l'éventualité où la patiente se sente menacée (p. ex., appeler la police, quitter l'appartement). 4. Évaluez dans quelle mesure elle est disposée à respecter ce plan (p. ex., appeler la police, quitter l'appartement). 	<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 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	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.