

---

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 13**

# 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<sup>e</sup> 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° 13**

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

- 1. vit un deuil à la suite du décès de son mari;**
- 2. souffre de diabète.**

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<sup>me</sup> JEANNE VALOIS, 62 ans, une nouvelle patiente.**

## DESCRIPTION DU CAS

### Introduction

Vous jouez le rôle de **JEANNE VALOIS**, 62 ans. Votre mari, un agriculteur à la retraite, est décédé il y a cinq mois et vos quatre enfants ont insisté pour que vous consultiez un médecin, car ils s'inquiètent pour vous. Ils croient que vous êtes déprimée et que vous acceptez mal le décès de votre mari. Selon vous, il n'y a pas vraiment de problème.

Vous avez aussi remarqué que la maîtrise de votre diabète est plus difficile depuis quelques mois. Votre dernier examen était il y a environ huit mois. Au cours des derniers mois, votre taux de glycémie a fluctué beaucoup. Les lectures varient de 4 à plus de 12 et à l'occasion, elles atteignent de 15 à 16.

Vous n'avez pas revu votre médecin de famille (MF) depuis le décès de votre mari. Vous étiez tous deux ses patients depuis des années et vous vous n'avez pas eu envie de retourner le voir. Vous ne lui en voulez pas; vous n'avez tout simplement pas envie de vous retrouver dans un endroit de plus qui vous rappelle votre mari.

### HISTOIRE DU PROBLÈME

#### 1<sup>er</sup> problème

##### Décès de votre conjoint

Votre mari, **GÉRARD**, est décédé il y a cinq mois. Il était âgé de 70 ans. Il souffrait de diabète et de problèmes cardiaques depuis des années. Il avait subi un pontage il y a six ans. Malheureusement, cette intervention a soulagé ses symptômes seulement pendant un certain temps avant que ses problèmes cardiaques ne reviennent. Le médecin lui a dit qu'une deuxième chirurgie n'améliorerait pas sa fonction cardiaque et que son problème devait être traité à l'aide de médication. Trois semaines avant son décès, il a été hospitalisé pour une chirurgie d'urgence aux intestins. Apparemment, il avait un diverticule perforé. La chirurgie s'est bien passée, mais après avoir été à l'hôpital pendant environ 10 jours, il a eu une petite crise cardiaque, puis il a attrapé la pneumonie. Par la suite, il a été envoyé aux soins intensifs et on l'a installé sur un respirateur. Après trois jours, le médecin a jugé qu'il était peu probable que son état s'améliore. Vos enfants et vous avez décidé d'arrêter tout traitement et il est décédé le jour suivant.

La mort de votre mari semble avoir été très soudaine pour vous. Même s'il avait des problèmes cardiaques et qu'il avait ralenti ses activités au cours des dernières années, les trois dernières semaines de sa vie ont semblé se dérouler à un rythme effarant et sans que vous vous y attendiez.

Vous savez que vous avez pris la bonne décision au sujet de ses soins. Vous aviez parlé tous les deux de ce que vous voudriez si jamais il arrivait quelque chose de sérieux et il vous avait dit qu'il ne voudrait pas être gardé en vie par une machine. Vous savez que le personnel à l'hôpital a tout fait pour sauver votre mari et vous avez apprécié son soutien quand vous avez décidé de mettre fin au maintien des fonctions vitales.

Vous êtes encore triste à propos du décès de votre mari et vous pensez à lui constamment; où que vous regardiez, quelque chose vous fait penser à lui. Depuis sa mort, vous avez l'impression qu'il y a un grand vide dans votre vie. Vous avez été mariés pendant 42 ans. Vous avez eu quatre enfants ensemble et vous avez été heureux. Il vous manque terriblement. Il vous arrive souvent de penser à quelque chose que vous devez lui dire, puis vous vous rappelez qu'il n'est plus là.

En même temps, vous essayez d'aller de l'avant. Vous n'êtes pas en colère au sujet de la mort de votre mari. C'est le printemps et vous êtes déterminée à faire votre jardin et à nettoyer votre terrain. Vous avez toujours aimé jardiner et cette activité vous change les idées.

Pour vous, le moment de la journée le plus difficile est le soir. Vous aviez l'habitude de souper avec votre mari, puis de parler de votre journée en profitant de la compagnie l'un de l'autre. À présent, c'est à ce moment que vos enfants vous appellent pour prendre de vos nouvelles. C'est la chose la plus difficile que vous devez faire. Vous êtes tellement triste qu'ils aient perdu leur père et que vos petits-enfants n'aient pas la chance de le connaître. Cette réalisation vous fait souvent fondre en larmes, même si vous avez eu une bonne journée. Vous savez que vos enfants n'aiment pas que vous pleuriez et vous essayez de toutes vos forces de vous retenir, mais ça ne fonctionne pas toujours. C'est pour cette raison que vos enfants voulaient que vous consultiez un médecin. Ils pensent que vous êtes déprimée et que vous avez besoin de « quelque chose pour vous sentir mieux. »

La plupart du temps, vous dormez assez bien. Parfois, si vous vous réveillez la nuit, cela peut vous prendre un certain temps à vous rendormir, mais généralement vous êtes bien reposée lorsque vous vous levez. Vous n'avez pas de cauchemars ni de flashbacks au sujet du décès de votre mari. Vous aimez travailler sur votre terrain et planifier votre jardin, mais la vie vous semble plus terne sans Gérard. C'est avec lui que vous discutiez du printemps chaque année. Vous êtes triste quand vous pensez à la perte que vous et votre famille avez vécue, mais vous aimez encore être ensemble. Cependant, votre relation avec certains de vos amis semble avoir changé depuis le décès de votre mari.

Gérard et vous étiez des membres actifs des clubs philanthropiques de la communauté (Kiwanis, 4-H) et vous vous réunissiez régulièrement avec d'autres couples. C'était généralement Gérard qui organisait ces sorties. Il était le plus extroverti de vous deux; vous l'accompagniez et vous vous amusiez, mais vous auriez été tout aussi contente de rester à la maison. Vous êtes sortie avec des amis à quelques reprises, mais vous n'êtes pas vraiment à l'aise, car c'était

Gérard le pilier de votre vie sociale. Vos amis semblent mal à l'aise de vous voir seule, plutôt qu'en couple comme avant. Un couple que vous connaissez, **ÉVELYNE** et **GEORGES**, est venu vous rendre visite et a amené un homme pour que « Georges ait quelqu'un avec qui parler ». Pourtant, vous aviez toujours cru que vos conversations avec Georges étaient plaisantes.

Vous diriez que votre appétit est plutôt bon. Vous ne vous sentez pas coupable de votre désir de poursuivre votre vie. Vous n'avez pas de problème de concentration. Vous n'avez pas d'antécédents de dépression ni de manie. Vous ne pensez pas à vous faire du mal ni à vous suicider.

Vous n'avez pas vu de thérapeute. Vous vous débrouillez bien en tant qu'exécutrice testamentaire de votre mari.

Vous vous attendez à ce que le candidat soit d'accord avec vous pour dire que tous vos sentiments sont tout à fait normaux pour une femme qui vient de perdre son mari.

## **2<sup>e</sup> problème**

## Diabète mal maîtrisé

On vous a diagnostiqué un problème de diabète il y a sept ans. Vous étiez allée voir votre médecin pour un examen de routine et vous avez subi un test de glycémie. Ce diagnostic vous a beaucoup inquiétée, car vos frères, **ÉDOUARD**, 72 ans, **ALEXANDRE**, 70 ans et **PIERRE**, 66 ans, souffrent tous de diabète, d'hypertension et de maladie du cœur.

Vous avez suivi un programme éducatif sur le diabète et au cours des deux premières années, vous aviez réussi à maîtriser votre glycémie grâce à une diète et à de l'exercice. Finalement, vous avez constaté que cette stratégie ne fonctionnait pas aussi bien que votre médecin l'aurait cru. Vous avez commencé à prendre de la metformine il y a environ quatre ans. La dose a été augmentée graduellement, puis le médecin a ajouté du glyburide. Ces deux médicaments semblent bien fonctionner ensemble et votre taux d'hémoglobine glycosylée (HbA1c) est demeuré généralement en deçà de 7,0.

En même temps que votre hyperglycémie, on a constaté que votre taux de cholestérol était aussi élevé. La modification des habitudes alimentaires et l'exercice n'ont pas contribué à l'abaisser. Le médecin vous a prescrit de la simvastatine qui a ramené votre taux à un niveau cible.

Vous faisiez de l'hypertension depuis environ huit ans quand votre diabète a été diagnostiqué. Vous prenez de l'hydrochlorothiazide (HCTZ) depuis que le diagnostic a été posé. Il y a environ six ans, votre tension artérielle a commencé à augmenter progressivement et le médecin vous a prescrit de l'énalapril.

Le dernier bilan de vos problèmes médicaux était il y a huit mois. C'est peu de temps après votre dernier examen que votre mari est tombé malade. Lors de cette visite, le médecin vous avait dit que votre HbA1c était à 6,8 et que votre TA était à 130/85. Il vous a aussi dit que votre taux de cholestérol se maintenait au niveau cible.

Vous croyez que votre dernier examen de la vue était il y a environ trois ans, mais vous ne semblez pas avoir de problèmes visuels. Vous ne vous rappelez pas quand vous avez subi une analyse d'urine et vous n'êtes pas certaine que votre médecin n'ait jamais parlé de votre fonction rénale. Vous n'avez pas de picotement ni d'engourdissement aux pieds. Vous vous faites faire des pédicures régulièrement (une petite gâterie) et vous n'avez jamais eu de problèmes avec vos pieds. Vous n'avez jamais eu de douleur à la poitrine ni d'essoufflement. Vous ne souffrez pas de soif excessive et vous n'urinez pas plus qu'avant. Vous n'avez pas eu d'épisodes qui pourraient évoquer de l'hypoglycémie.

Normalement, vous êtes très fidèle au sujet de la maîtrise de votre glycémie. Vous vérifiez votre taux de glycémie régulièrement depuis des années, bien que pendant l'hospitalisation de votre mari et après les funérailles, vous ayez cessé de le vérifier. Vous aviez trop de choses en tête. En général, vos taux se situent entre 5 et 7, mais au cours des quatre derniers mois, ils ont été plus élevés. Vous devez admettre que vous n'avez pas vraiment prêté attention à votre taux de sucre au cours des deux derniers mois.

Actuellement, vos résultats se situent entre 4 et 12. Vous avez des lectures occasionnelles de 15 ou 16. Les lectures « 4 » sont généralement dès votre réveil et les lectures plus élevées se manifestent généralement plus tard dans la journée. Vous n'avez pas apporté votre livre avec vous aujourd'hui. Vous ne vous sentez pas différemment quand vos lectures de glycémie sont plus élevées.

Vous prenez tous vos médicaments régulièrement.

Vous croyez que le changement le plus récent a été dans votre préparation des repas. Vous avez de la difficulté à vous ajuster à la cuisine pour une seule personne alors que vous avez déjà cuisiné pour une famille. Vous avez du mal à préparer tout un repas juste pour vous et vous ne mangez pas à des heures aussi régulières qu'avant. Il ne semble pas y avoir de portion adéquate pour une personne à l'épicerie. Vous savez que ce n'est pas bon pour votre glycémie, mais ça vous semble tellement plus simple de manger simplement un bol de céréales ou une rôtie que d'essayer de préparer un vrai souper. Vous n'aimez pas les aliments préparés et vous vous inquiétez de leur teneur en sodium. Vous savez que le sel n'est pas bon pour votre hypertension.

Vous n'êtes probablement pas aussi active qu'avant. Avant, vous essayiez de marcher une fois par jour, ce que vous n'avez pas fait depuis le temps où votre mari était à l'hôpital.

Vous vous attendez à ce que le médecin vous aide à reprendre le contrôle de votre diabète.

### **Antécédents médicaux**

Diabète diagnostiqué il y a sept ans. Hypertension depuis 15 ans.

Quatre accouchements normaux par voie vaginale; hystérectomie il y a 20 ans en raison de fibromes.

Mammographie chaque année; la dernière était il y a sept mois.

### **Antécédents chirurgicaux**

Hystérectomie à cause des fibromes, il y a 20 ans.

### **Médicaments**

Metformine, 850 mg tid. Glyburide, 7, 5 mg bid. Simvastatine, 40 mg HS. HCTZ, 25 mg OD.

Énalapril, 20 mg OD.

Acide acétylsalicylique (AAS), 81 mg OD.

### **Résultats pertinents d'analyses de laboratoire**

Vos derniers tests de laboratoire étaient il y a huit mois. À ce moment-là, votre taux de HbA1c était de 6,8 et votre médecin vous a dit que votre bilan lipidique était au niveau cible.

La dernière mesure de votre TA au bureau du médecin était de 130/85. Vous visitez un centre communautaire où une infirmière vérifie votre TA. La dernière lecture il y a six mois était de 125/72.

### **Allergies**

Aucune.

### **Immunisations**

À jour.

### **Problèmes liés au mode de vie**

- Tabac : Vous n'avez jamais fumé.
- Alcool : Vous ne consommez pas d'alcool.
- Caféine : Vous buvez deux tasses de thé au déjeuner.
- Cannabis : Vous suivez fidèlement un régime équilibré faible en gras. Vous saviez que c'était important tant pour vous que pour votre mari. Vous n'avez pas aussi bien surveillé votre alimentation au cours des cinq derniers mois.
- Substances récréatives ou autres : Vous ne consommez pas de drogues à usage récréatif.
- Alimentation : Vous suivez fidèlement un régime équilibré faible en gras. Vous saviez que c'était important tant pour vous que pour votre mari. Vous n'avez pas aussi bien surveillé votre alimentation au cours des cinq derniers mois.
- Activité physique et loisirs : Vous faites la majeure partie de votre exercice en travaillant dans la maison et dans le jardin. Vous avez une grande maison à nettoyer et un grand jardin que vous faites chaque année. Vous aviez l'habitude de faire une marche de 30 minutes chaque soir.

### **Antécédents familiaux**

Votre père est mort d'une crise cardiaque il y a dix ans. Votre mère est morte du cancer du sein il y a cinq ans.

Vous avez trois frères plus âgés qui souffrent tous de diabète et d'hypertension. Chacun d'eux a subi une crise cardiaque.

### **Famille d'origine**

Vous êtes née et avez été élevée dans cette ville où vous vivez. Vos parents étaient agriculteurs et ce sont vos frères qui ont pris la relève.

### **Mariage**

Votre mari était de la même communauté. Il avait huit ans de plus que vous, et était l'ami d'un de vos frères. Vous le connaissiez « depuis toujours » et vous avez commencé à le fréquenter quand vous étiez au collège. Il vous a demandée en mariage quand vous avez fini vos études et vous avez dit oui.

Il était agriculteur à son compte depuis cinq ans et vous avez construit une maison ensemble quand vous vous êtes mariés. Vous avez eu de bonnes et de mauvaises années, mais en général, vous faisiez un revenu raisonnable.

Vous vivez encore dans la maison que vous avez construite avec Gérard. Maintenant que votre mari est décédé et que vos enfants n'habitent plus à la maison, celle-ci vous semble bien grande. Vous n'avez pas d'animaux, vous pouvez donc rester dans votre maison. Cela vous convient car vous n'aviez pas envie de la quitter.

### **Enfants**

Vous avez eu quatre enfants : deux filles, **MARIE**, 40 ans, et **ANNE**, 33 ans, ainsi que deux garçons, **MARC**, 38 ans, et **LUC**, 30 ans. Ils sont tous allés à l'université et sont maintenant sur le marché du travail. Ils sont tous mariés. Marie a un enfant de cinq ans et Luc a un enfant de deux ans. Bien que vous adoriez vos deux petits-enfants, vous faites attention de laisser vos enfants établir leur propre famille. Seul Luc habite près de chez vous, à environ

30 minutes. Votre mari a pris sa retraite de l'agriculture il y a quatre ans et Luc a acheté la ferme. Il travaille en plus de faire fonctionner la ferme chaque jour.

### **Études et parcours professionnel**

Vous étiez une élève moyenne. Après avoir fini votre secondaire, vous avez suivi un cours de tenue de livre à un collège communautaire. Le travail de votre mère à la ferme était de s'occuper des livres et de la maison et c'est ce rôle que vous vouliez assumer vous aussi. Vous n'avez jamais travaillé à l'extérieur de la maison, mais vous participiez activement à la gestion de la ferme en plus de vous occuper de la maison et des enfants.

### **Finances**

Vous n'avez pas d'inquiétudes financières. Votre maison est payée. Bien que vous ne vous considériez pas comme riche, votre mari a laissé suffisamment d'argent pour ne pas que vous ayez de soucis. Vous avez toujours participé aux décisions concernant les finances de la famille et vous n'êtes pas inquiète au sujet de votre capacité à les gérer à l'avenir.

### **Réseau de soutien**

Votre mari était votre meilleur ami et confident.

Il y a plusieurs personnes que vous considérez comme de bons amis, bien que plusieurs de vos relations semblent difficiles depuis la mort de votre mari. Vous n'avez pas participé à aucun de vos clubs philanthropiques depuis son décès.

Vous êtes proche de vos frères. Cependant, leur santé n'est pas aussi bonne que la vôtre et ils sont occupés avec leur famille. Vous avez parlé à l'un de vos frères au sujet de certains de vos sentiments depuis le décès de votre mari. Vous ne vous sentez pas vraiment à l'aise de parler de ces choses avec aucun de vos amis.

### **Religion**

L'église a toujours été une partie importante de votre vie. Gérard et vous alliez à la messe régulièrement. Vous participiez activement aux activités de votre paroisse et l'église a été une source de soutien. Vous êtes retournée seulement quelques fois depuis la mort de Gérard. Tout le monde a été très accueillant et vous êtes contente d'être allée, mais parfois l'idée d'y aller seule est accablante.

## DIRECTIVES DE JEU

Vous portez des vêtements confortables et d'allure décontractée. Vous répondez aux questions sans problème.

Vous vous voyez comme une participante active à la maîtrise de votre diabète. Vous vous inquiétez de votre taux de glycémie dont vous semblez avoir perdu le contrôle. Vous ne voulez pas avoir les mêmes problèmes de santé que vos frères, surtout maintenant que vous êtes seule.

Vous êtes encore triste de la mort de votre mari. Vous êtes capable de répondre aux questions au sujet de sa mort et sur la façon dont se déroule votre vie sans lui sans devenir trop troublée. Le fait que ce médecin n'ait pas connu votre mari vous permet de parler plus aisément. Vous n'êtes pas fâchée ni peinée que vos enfants aient insisté pour que veniez parler à un médecin de la façon dont vous vivez votre deuil. Vous savez qu'ils s'inquiètent simplement pour vous.

Si le candidat vous dit que des tests de laboratoire seront organisés, vous demandez : « **Quels tests exactement? »**

### 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.*

<b>JEANNE VALOIS :</b>	La patiente, âgée de 62 ans. Elle est veuve depuis peu et souffre de diabète mal maîtrisé.
<b>GÉRARD VALOIS :</b>	Le mari de Jeanne, mort il y a cinq mois, à l'âge de 70 ans.
<b>MARIE :</b>	La fille de Jeanne et de Gérard, âgée de 40 ans. Elle a un enfant âgé de cinq ans.
<b>MARC :</b>	Le fils de Jeanne et de Gérard, âgé de 38 ans.
<b>ANNE :</b>	La fille de Jeanne et de Gérard, âgée de 33 ans.
<b>LUC :</b>	Le fils de Jeanne et de Gérard, âgé de 30 ans. Il a pris la relève de la ferme familiale et a un enfant âgé de deux ans.
<b>ÉDOUARD :</b>	Le frère de Jeanne, âgé de 72 ans.
<b>ALEXANDRE :</b>	Le frère de Jeanne, âgé de 70 ans.
<b>PIERRE :</b>	Le frère de Jeanne, âgé de 66 ans.
<b>ÉVELYNE :</b>	L'amie de Jeanne et de Gérard.
<b>GEORGES :</b>	L'ami de Jeanne et de Gérard, et le mari d'Évelyne.

## CHRONOLOGIE

<b>Aujourd'hui :</b>	Rendez-vous avec le candidat.
<b>Il y a 2 mois :</b>	Avez cessé de faire attention à votre taux de glycémie.
<b>Il y a 4 mois :</b>	Taux de glycémie sont devenus plus élevés.
<b>Il y a 5 mois :</b>	Décès de votre mari.
<b>Il y a 6 mois :</b>	Dernière mesure de votre TA au centre communautaire.
<b>Il y a 7 mois :</b>	Mammographie la plus récente.
<b>Il y a 8 mois :</b>	Derniers dosage de l'HbA1c et bilan lipidique.
<b>À l'âge de 59 ans :</b>	Dernier examen de la vue.
<b>À l'âge de 58 ans :</b>	Avez commencé à prendre des médicaments pour le diabète.
<b>À l'âge de 57 ans :</b>	Diabète mal maîtrisé par la diète et l'exercice.
<b>À l'âge de 56 ans :</b>	Augmentation de la TA; énalapril ajouté à l'HCTZ.
<b>À l'âge de 55 ans :</b>	Diagnostic de diabète et d'hyperlipidémie.
<b>À l'âge de 47 ans :</b>	Diagnostic d'hypertension; début de l'HCTZ.
<b>À l'âge de 42 ans :</b>	Hystérectomie.

<b>À l'âge de 32 ans :</b>	Naissance de Luc.
<b>À l'âge de 29 ans :</b>	Naissance de Anne.
<b>À l'âge de 24 ans :</b>	Naissance de Marc.
<b>À l'âge de 22 ans :</b>	Naissance de Marie.
<b>À l'âge de 20 ans :</b>	Mariage avec Gérard.
<b>Il y a 62 ans. :</b>	Naissance.

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

<b>Énoncé initial</b>	« <b>Ma famille m'a dit que je devais parler à quelqu'un.</b> »
<b>Lorsqu'il reste 10 minutes*</b> Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question du diabète, il faut dire : « <b>Mon taux de sucre n'est pas très bon ces temps-ci.</b> »
<b>Lorsqu'il reste 7 minutes*</b> Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question de votre état d'esprit, il faut dire : « <b>Qu'est-ce que je devrais dire à ma famille?</b> » (Cet énoncé incitatif est rarement nécessaire.)
<b>Lorsqu'il reste 0 minute :</b>	« 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 : DEUIL

1 <sup>er</sup> problème	Vécu des symptômes
<p><b>Les points à couvrir sont :</b></p> <p><b>1. décès du mari :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mari décédé il y a cinq mois.</li><li>• Hospitalisé et est décédé trois semaines plus tard.</li><li>• Avait une maladie du cœur, mais allait assez bien.</li><li>• Famille a dû prendre la décision d'arrêter le maintien des fonctions vitales.</li><li>• A été marié 42 ans.</li></ul> <p><b>2. identification de la réaction de deuil normale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• S'ennuie de son mari/ aimerait qu'il soit encore en vie.</li><li>• Pense à lui tous les jours.</li><li>• A des épisodes de tristesse profonde.</li><li>• Pas de sentiment de culpabilité par rapport à sa mort.</li></ul> <p><b>3. éléments permettent d'écarter certaines causes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ne pense pas au suicide ni à se faire du mal.</li><li>• Ne consomme pas d'alcool ni de drogues.</li><li>• Pas de troubles du sommeil majeurs.</li><li>• Pas de sentiment de désespoir.</li><li>• Planifie l'avenir/ aime planifier son jardin.</li></ul> <p><b>4. stade de deuil :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pas de colère ni de rancœur quant aux circonstances du décès de son mari.</li><li>• Pas de flashbacks ni de cauchemars.</li><li>• Accepte la mort de son mari.</li></ul>	<p><b>Description du vécu des symptômes par la patiente.</b></p> <p>Vous vous sentez triste et seule après la mort de votre mari. Jusqu'à présent, vous pleurez quand vous parlez à vos enfants. La façon dont vous vous sentez est normale pour quelqu'un qui vient de perdre son mari. Vous espérez que le MF sera d'accord avec vous pour dire que vos sentiments sont normaux.</p>

		<p>Déterminer comment le patient vit sa maladie ne consiste <b>pas</b> en une évaluation sous forme de liste de contrôle où il suffirait au candidat, pour obtenir la note de passage, de poser à haute voix des questions sur deux ou trois des quatre éléments pertinents que sont les sentiments, les idées, le fonctionnement et les attentes du patient.</p> <p>Pour être certifiable, le candidat doit s'informer du vécu des symptômes du patient dans le cours d'une conversation et intégrer les renseignements obtenus de manière à lui montrer qu'il s'efforce de le considérer comme une personne à part entière atteinte d'une maladie, et pas seulement comme un cas typique de processus pathologiques à prendre en charge de la manière indiquée.</p>
Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2, 3 et 4.	Examine activement le vécu des symptômes pour en dégager une compréhension <b>profonde</b> . 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 <b>satisfaisante</b> au moyen de questions pertinentes et d'aptitudes non verbales.
Non certifiable	Ne couvre <b>pas</b> 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 <b>faible</b> 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 : DIABÈTE MAL MAÎTRISÉ

2 <sup>er</sup> problème	Vécu des symptômes
<p><b>Les points à couvrir sont :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. histoire et prise en charge :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostic de diabète il y a sept ans.</li> <li>• Taux de glycémie de 4 à 12, parfois de 15 ou 16.</li> <li>• Diète irrégulière.</li> <li>• Diminution du niveau d'exercice.</li> <li>• Dernière évaluation il y a huit mois.</li> </ul> </li> <li><b>2. médications actuelles :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabète : metformine, glyburide.</li> <li>• Hypertension: énalapril, HCTZ.</li> <li>• Hyperlipidémie : simvastatine, AAS.</li> </ul> </li> <li><b>3. évaluation des organes cibles :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de picotement ni d'engourdissement aux pieds.</li> <li>• Pas de douleur à la poitrine.</li> <li>• Pas de trouble visuel.</li> <li>• Dernier examen de la vue il y a trois ans.</li> </ul> </li> <li><b>4. prend ses médicaments tels que prescrits.</b></li> </ol>	<p><b>Description du vécu des symptômes par la patiente.</b></p> <p>Vous vous inquiétez de voir que votre diabète n'est pas bien maîtrisé. Même s'il n'existe aucune répercussion actuelle sur votre fonctionnement, vous espérez que le MF vous aidera à reprendre le contrôle de votre diabète.</p>

		<p>Déterminer comment le patient vit sa maladie ne consiste <b>pas</b> en une évaluation sous forme de liste de contrôle où il suffirait au candidat, pour obtenir la note de passage, de poser à haute voix des questions sur deux ou trois des quatre éléments pertinents que sont les sentiments, les idées, le fonctionnement et les attentes du patient.</p> <p>Pour être certifiable, le candidat doit s'informer du vécu des symptômes du patient dans le cours d'une conversation et intégrer les renseignements obtenus de manière à lui montrer qu'il s'efforce de le considérer comme une personne à part entière atteinte d'une maladie, et pas seulement comme un cas</p>
--	--	--

		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 <b>profonde</b> . 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 <b>satisfaisante</b> au moyen de questions pertinentes et d'aptitudes non verbales.
Non certifiable	Ne couvre <b>pas</b> 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 <b>faible</b> 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><b>Les points à couvrir sont :</b></p> <p><b>1. contexte actuel :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vit seule dans la maison familiale à la ferme.</li> <li>• Quatre enfants.</li> <li>• Pas d'inquiétudes financières.</li> </ul> <p><b>2. réseau de soutien :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son mari était son principal soutien et confident.</li> <li>• Seulement un de ses enfants habite près de chez elle.</li> <li>• Diminution des activités sociales (p. ex., église, clubs philanthropiques comme Kiwanis et 4-H).</li> <li>• Parle avec son frère de sa peine.</li> </ul> <p><b>3. le fait que son mari était le plus extroverti des deux et qu'il était son lien avec la communauté.</b></p>	<p>L'intégration du contexte permet d'évaluer l'aptitude du candidat à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• intégrer au vécu des symptômes des questions portant sur la famille, la structure sociale et le développement personnel du patient;</li> <li>• rendre compte au patient des observations et de l'analyse de façon claire et empathique.</li> </ul> <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><b>« Vous devez trouver cela difficile de vivre votre peine par rapport à la perte de votre mari. Ce n'est pas surprenant que vos enfants s'inquiètent pour vous. Il est aussi probable que, étant donné votre deuil, votre glycémie est moins bien contrôlée. »</b></p>

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 <b>pas</b> 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 : DEUIL

Plan pour le 1 <sup>er</sup> problème	Trouver un terrain d'entente
<p>Les points à couvrir sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Rassurer la patiente en lui disant que sa réaction de deuil est normale.</b></li> <li><b>2. Recommander un rendez-vous dans quelques semaines pour évaluer son état d'esprit.</b></li> <li><b>3. Offrir du soutien aux endeuillés (p. ex., groupes de soutien aux endeuillés, ressources sur le deuil, zoothérapie).</b></li> <li><b>4. Lui suggérer des façons de rassurer ses enfants/pourrait offrir de voir des membres de sa famille.</b></li> </ol>	<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 <b>pas</b> les points 1, 2 et 3.	Ne fait <b>pas</b> 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 : DIABÈTE MAL MAÎTRISÉ

Plan pour le 2 <sup>e</sup> problème	Trouver un terrain d'entente
<p>Les points à couvrir sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Être d'accord avec elle pour dire que son diabète doit être mieux maîtrisé.</li> <li>L'examen physique de suivi doit inclure une vérification de la TA.</li> <li>Organiser des tests de laboratoire, qui doivent inclure le dosage de la HbA<sub>1c</sub>.</li> <li>Discuter d'un rendez-vous pour un examen de la vue.</li> <li>Prendre des dispositions pour qu'elle voie une nutritionniste/participe à un cours pour diabétiques (p. ex., cours sur la cuisine pour une seule).</li> </ol>	<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 <b>OU</b> 5.	Demande activement au patient d'exprimer ses idées et ce qu'il souhaite en matière de prise en charge. Encourage le patient à participer à l'élaboration d'un plan et à exprimer ses impressions à cet égard. Incite le patient à s'associer pleinement au processus décisionnel.
Certifiable	Couvre les points 1, 2 et 3.	Fait participer le patient dans l'élaboration d'un plan. Fait preuve de souplesse.
Non certifiable	Ne couvre <b>pas</b> les points 1, 2 et 3.	Ne fait <b>pas</b> 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 personnalisez. 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).

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

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.