



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 15

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° 15

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

- 1. une maladie chronique comme le diabète;**
- 2. un cas de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) en tenant compte de son héritage culturel.**

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 :

LE PATIENT

Vous allez rencontrer M. GILLES BELIVEAU 54 ans, un nouveau patient.

DESCRIPTION DU CAS

Introduction

Vous jouez le rôle de **GILLES BÉLIVEAU**, 54 ans, et vous consultez ce médecin pour la première fois. Votre ancien médecin ne pratique plus dans la région.

Vous êtes nerveux depuis quelque temps et votre patronne et petite amie, **JULIE LAROUSSE**, vous a dit que vous aviez besoin d'aide. Elle a remarqué que vous étiez devenu de plus en plus distrait et « énervé » depuis votre retour des funérailles de votre frère, **THOMAS BÉLIVEAU**, il y a huit mois. Elle vous a conseillé de consulter un médecin, car elle jugeait que vous aviez besoin de prendre un congé de maladie.

Vous êtes diabétique, et jusqu'au décès de votre frère, vous preniez très bien soin de votre santé. Vous vouliez vous assurer de ne pas perdre une jambe comme ce fut le cas pour votre mère, **ALICE BÉLIVEAU**. Vos taux d'hémoglobine A1c (HbA1c) étaient bons, votre poids était sain et vous vous assuriez d'éviter le sucre.

Vous devez faire renouveler votre ordonnance pour votre médicament contre le diabète. Vous voulez également parler de votre insomnie et de vos sentiments d'appréhension et d'anxiété.

Vous êtes d'origine autochtone.

HISTOIRE DU PROBLÈME

1^{er} problème

Diabète

Vous n'avez pas consulté de médecin depuis un certain temps. Votre ancien médecin vous a donné une ordonnance renouvelable l'an passé; elle a quitté la région depuis. Vous avez besoin de renouveler les médicaments suivants : metformine (Glucophage), glyburide (DiaBeta) et ramipril (Altace).

Vos symptômes sont apparus il y a environ six ans. Vous avez tout d'abord ressenti de la fatigue, puis une irritation aux commissures de votre bouche est apparue; votre médecin vous a dit qu'il s'agissait d'une infection aux levures. Finalement, vous avez commencé à avoir soif et vous deviez aller à la toilette beaucoup plus souvent, surtout la nuit, alors que vous deviez uriner de trois à quatre fois. Vous avez posé vous-même le diagnostic et avez consulté un médecin qui l'a confirmé.

Votre diabète est traité depuis cinq ans. Au début, vous avez essayé de suivre un régime et d'arrêter de boire des breuvages sucrés que vous aviez adoptés depuis que vous aviez cessé de consommer de l'alcool, mais ce ne fut pas suffisant.

La metformine à elle seule abaissait bien votre taux de glycémie, mais votre médecin à ce moment-là voulait l'abaisser davantage. Elle vous a prescrit du glyburide et une faible dose était efficace; une dose plus élevée causait de l'hypoglycémie.

Vous avez participé à des rencontres de sensibilisation au diabète au moment du diagnostic et jusqu'à l'année dernière, vous subissiez des examens hématologiques tous les trois mois et surveilliez votre glycémie régulièrement. Au cours des derniers mois, vous avez pris vos médicaments, mais vous avez mesuré votre taux de glycémie seulement de façon sporadique.

Après la première année, au cours de laquelle votre médication a été ajustée et vous avez perdu plus de 10 kilos, votre diabète était très bien maîtrisé. Vous étiez très motivé car le diabète est un problème familial et vous avez vu votre mère se faire amputer d'une jambe en raison de cette maladie. Vos problèmes émotionnels récents ont sapé cette motivation.

Au cours des quelques années qui ont précédé votre visite d'aujourd'hui, votre taux d'HbA1c avait été mesuré tous les trois mois. Ce dernier variait entre 6,6 % et 7,5 %.

Il y a environ deux ans, votre médecin a ajouté le ramipril; elle vous a dit que votre tension artérielle (TA) était légèrement élevée et qu'elle voulait garder votre TA à 135/75 mm Hg ou moins.

Une fois par année, elle a fait un test de dépistage de protéines dans votre urine et les résultats étaient toujours bons. Elle s'étonnait toujours de votre faible taux de cholestérol et ne vous a jamais parlé d'un traitement pour celui-ci. Vos yeux ont été examinés tous les deux ans et l'ophtalmologiste que vous avez vu il y a environ deux ans a dit qu'il n'y avait aucun signe de changements causés par le diabète, sauf pour des cataractes très précoces.

Vous avez toujours fait attention à vos pieds et vous ne ressentez ni picotement ni engourdissement aux pieds et aux mains. Vous n'avez pas de symptômes visuels, de douleur thoracique ou de problèmes respiratoires. Vous vous levez une fois pendant la nuit pour uriner. Vos coupures et lésions guérissent bien et rapidement.

Vous avez réussi à maintenir votre poids. Vous vérifiez votre TA à la pharmacie, qui est de 130/70 mm Hg.

Vous prenez un comprimé d'aspirine pour bébé (AAS) une fois par jour.

2^e problème

Insomnie et syndrome de stress post-traumatique

Votre patronne, Julie, vous a suggéré de prendre votre rendez-vous d'aujourd'hui parce que vous avez des problèmes au travail. Vous attribuez ces problèmes à votre difficulté à dormir. Votre esprit est tellement occupé par toutes sortes de pensées la nuit que vous n'arrivez pas à vous endormir! Vous comparez vos pensées à « des avions qui survolent un aéroport, mais où le contrôleur aérien a perdu le contrôle, alors les avions volent dans toutes les directions sans pouvoir atterrir ». Quand vous réussissez à vous endormir, vos rêves sont très perturbants et vous réveillent; vous arrivez rarement à vous rendormir. Vous êtes irritable au travail et souvent distrait. Vous vous sentez anxieux et nerveux. Vous avez parlé à Julie de ce qui vous arrive et cette dernière a suggéré que vous aviez peut-être besoin de prendre congé pour régler vos problèmes personnels, ou que vous aviez peut-être même besoin de somnifères.

L'histoire débute pendant votre enfance. Vous avez grandi sur une réserve indienne au Québec. Vous étiez le deuxième d'une famille de sept enfants. Vous ne saviez pas qui était votre père. Vous soupçonnez qu'il n'était pas autochtone étant donné vos traits physiques. Votre mère buvait à l'époque et ses trois premiers enfants avaient un père différent. Votre frère aîné connaissait son père et vous l'enviez pour ça; votre frère plus jeune et vous ne connaissiez pas votre père. Tous les autres enfants sont nés après le mariage de votre mère avec **JOSEPH BÉLIVEAU**, l'homme que vous appeliez votre père. Joseph était une bonne personne. Il était un peu paresseux et n'était pas le meilleur gagne-pain pour la famille, mais il avait accepté tous les enfants comme les siens. Vos grands-parents vous avaient également acceptés et ils ont joué un rôle très important dans votre vie quand vous grandissiez. En vieillissant, vous avez découvert que plusieurs vivaient la même réalité que vous dans la communauté. La communauté élevait les enfants et s'en préoccupait, et plusieurs femmes avaient eu des enfants avec des pères différents avant de se marier. Vos amis de race blanche avaient de la difficulté à comprendre cette situation.

Quand vous aviez 10 ans, on vous a envoyé au pensionnat à 50 km de chez vous. L'école était dirigée par des prêtres. Vous y avez reçu une bonne éducation pour laquelle vous êtes reconnaissant. Cependant, bien qu'on n'ait jamais abusé de vous, vous avez vu des membres du personnel aller chercher d'autres garçons dans leur lit la nuit et les ramener en pleurs. Vous avez appris plus tard qu'ils avaient été victimes d'agression sexuelle. Votre frère aîné a été l'une de ces victimes. Il ne vous en a jamais parlé. Il y a quelques années, vous avez parlé pour la première fois de votre expérience à l'école, alors que des récits d'atrocités ont commencé à paraître dans les journaux et à la télévision. Vous avez mentionné ces expériences au passage quand vous étiez en traitement pour vos problèmes d'alcoolisme et vous en avez discuté plus en profondeur avec Julie.

À l'école, vous étiez rebelle et un dur. Thomas et vous vous sauviez souvent et rentriez à la maison, seulement pour vous faire renvoyer à l'école par votre mère! Finalement, vous avez quitté l'école à 16 ans et avez commencé à travailler dans les bois avec vos oncles. Tous ceux qui avaient un emploi à l'extérieur de la réserve travaillaient dans l'industrie forestière.

À 18 ans, vous avez quitté la maison pour explorer le monde. Vous vous êtes retrouvé à Québec où vous avez découvert que les préjugés étaient partout et que la discrimination n'était même pas dissimulée. Sur un coup de tête, vous vous êtes présenté à un bureau de recrutement et êtes devenu membre de l'Aviation Royale du Canada (ARC). Certains de vos oncles s'étaient battus au cours de la Deuxième Guerre Mondiale et vous avaient raconté des histoires sur l'Europe et sur la possibilité de bien gagner sa vie dans les forces armées. Pour vous, le fait de vous enrôler a été une bonne chose. Vous aimiez la vie dans l'armée et après un certain temps, vous êtes devenu adjudant. La structure et l'ordre de l'ARC vous convenaient. Après 25 ans, vous vous êtes retiré avec une pension.

Quand vous avez quitté l'ARC, vous étiez bilingue; vous vous étiez retrouvé dans le domaine des communications et aviez suivi une formation en anglais. Vous vous êtes rendu compte que vous aviez le don des langues quand vous étiez à l'étranger. Vous parlez assez bien l'allemand aussi; vous avez appris la langue quand vous étiez posté à Lahr, en Allemagne.

Vous êtes retourné vivre dans votre communauté natale quand vous avez pris votre retraite, mais vous aviez l'impression de ne plus être chez vous. Vous n'arriviez pas à vous trouver du travail, vous êtes donc déménagé d'un endroit à l'autre. Vous aviez de la difficulté à vous adapter à la vie de civil. Vous êtes passé d'une relation amoureuse à une autre et avez commencé à boire de plus en plus. Il y a huit ans, vous avez réalisé que vous étiez un alcoolique et que vous étiez en train de gâcher votre vie. Vous vous êtes inscrit à un centre de désintoxication et vous n'avez jamais consommé d'alcool depuis. C'est au cours

de cette période que vous avez parlé pour la première fois de votre enfance. Depuis ce temps, vous travaillez dans des centres de réadaptation pour les alcooliques et les toxicomanes pour la communauté des premières nations; vous avez travaillé dans des haltes-accueil et êtes présentement agent de liaison avec la jeunesse dans un centre d'amitié autochtone dans cette communauté.

Il y a huit mois, Thomas est mort dans un accident de la route. Il était le passager dans un camion qui a quitté la route.

Vous êtes retourné chez vous pour les funérailles. Ce fut une expérience étrange, un mélange de rites traditionnels et catholiques. Dès que le prêtre a commencé son « charabia », un souvenir de votre frère et vous au pensionnat vous est revenu à la mémoire. Depuis ce jour, vous ressentez de la rage envers le clergé et l'Église.

Vous avez des flashbacks d'événements de votre enfance presque tous les jours. À l'occasion, dans le cadre de votre travail, vous devez travailler avec des groupes de jeunes catholiques, mais maintenant vous vous assurez d'éviter ce genre de contact. Parfois, votre anxiété est tellement forte que vous recherchez les cols romains dans la pièce où vous vous trouvez. Quand vous commencez à vous endormir, vous voyez cette image récurrente d'un prêtre qui entre dans votre chambre.

Toutes ces angoisses vous étonnent. Vous vous répétez constamment que vous devriez vieillir et passer à autre chose. Après tout, vous avez été capable de vivre avec votre enfance pendant 40 ans!

Vous n'avez pas de pensées suicidaires.

Malgré votre nervosité, vous aimez la vie, vous aimez travailler avec des adolescents et vous êtes optimiste face à l'avenir. Vous voyez plusieurs possibilités qui s'offrent aux jeunes des premières nations et vous en encouragez le plus grand nombre possible à profiter de ces occasions pour s'améliorer. Vous n'êtes pas triste, ni, si on vous le demande, déprimé. Ce que vous décrivez comme étant de l'anxiété est probablement mieux décrit comme une vigilance ou une conscience accrue de ce qui se passe autour de vous. Vous avez l'impression de toujours être sur le qui-vive. Vous voulez seulement pouvoir recommencer à bien dormir.

Antécédents médicaux

Vous avez subi une appendicectomie à l'âge de 15 ans.

Vous avez reçu un diagnostic de diabète de Type 2 il y a cinq ans.

Vous avez reçu un diagnostic d'hypertension « légère » il y a deux ans.

Votre test de Mantoux est toujours positif. Les radiographies des poumons ont toujours été normales. Les dernières radiographies remontent à il y a trois ans.

Vous avez pris de l'isoniazide (INH) quand vous étiez dans l'ARC. Vous ne tolériez pas ce produit et par conséquent, vous ne l'avez pas pris pendant toute l'année pour laquelle il avait été prescrit.

Antécédents chirurgicaux

Vous avez eu une appendicectomie à l'âge de 15 ans.

Médicaments

1 g de metformine deux fois par jour. 2,5 mg de glyburide deux fois par jour. 10 mg de ramipril quotidiennement.

81 mg d'AAS quotidiennement.

Pas de médicaments en vente libre.

Pas de médicaments à base de plantes médicinales.

Résultats pertinents d'analyses de laboratoire

Les résultats de l'autosurveillance de votre glycémie à jeun se situent toujours entre 5 et 8.

Le dosage de l'HbA1c a été fait il y a un an, et le résultat était de 6,7 %.

Votre taux de cholestérol était très bon la dernière fois qu'il a été mesuré. Vous n'avez jamais eu de test de microalbuminurie positif.

Allergies

Aucune connue.

Immunisations

Vous avez reçu toutes les immunisations requises étant enfant, y compris le BCG. Vous avez reçu tous les rappels nécessaires dans les forces armées.

Depuis que vous êtes diabétique, vous recevez le vaccin contre la grippe chaque année.

Problèmes liés au mode de vie

Tabac : Vous n'avez jamais fumé de cigarettes.

Alcool : Vous avez cessé de boire il y a huit ans. Vous aviez pris l'habitude de prendre des « cuites » quand vous étiez dans l'armée. Après avoir quitté l'ARC, vous avez commencé à boire de plus en plus, soit de la bière, du vin et, par préférence, du rye.

Vous n'avez jamais été accusé de conduite en état d'ébriété.

Caféine : Vous buvez deux tasses de café par jour. Vous ne buvez pas de cola.

Cannabis : Dans le passé, vous avez fumé de la marijuana, mais très rarement. Vous en avez fumé la dernière fois aux funérailles de votre frère.

Substances récréatives ou autres : Aucune.

Alimentation : Vous essayez de manger comme vous le devez et vous évitez le sucre à tout prix.

Activité physique et loisirs : Vous n'avez pas de programme structuré d'exercice, mais vous marchez pour aller au travail et en revenir, ce qui représente environ 1 km dans chaque direction.

Vous aimez la pêche.

Antécédents familiaux

Famille d'origine

Vous ne savez pas qui est votre père.

Votre mère a succombé à une crise cardiaque à l'âge de 65 ans. Deux ans plus tôt, sa jambe droite avait été amputée en raison du diabète.

Au départ, vous aviez six frères et sœurs. Thomas est décédé il y a huit mois dans un accident de la route. Il avait 55 ans. Vos frères et sœurs toujours en vie sont : **JEAN BÉLIVEAU**, 53 ans; **JOSÉE BÉLIVEAU**, 50 ans; **JOHANNE BÉLIVEAU**, 47 ans; **MIREILLE BÉLIVEAU**, 44 ans; et **RAYMOND BÉLIVEAU**, 38 ans. Pour autant que vous sachiez, ils sont tous en bonne santé, mais vous n'êtes pas très proches et vous habitez assez loin d'eux.

Vos deux grands-parents sont morts dans la soixantaine. Ils étaient diabétiques et avaient eu la tuberculose quand ils étaient jeunes.

Mariage

Vos trois mariages se sont soldés par un échec et vous avez aussi eu plusieurs relations amoureuses de courte durée. Vous avez été marié avec votre première femme, **MARIE**, pour quatre ans. Votre deuxième mariage avec **IRÈNE**, a duré pour trois ans et le troisième avec **JEANNETTE** a duré pour six ans. Vous ne savez pas comment entretenir une relation. Deux de vos femmes croyaient qu'elles détenaient la clé de votre bonheur, mais après deux ans, vous les aviez tellement maltraitées émotionnellement qu'elles vous ont quitté. Il est possible que vos cuites à répétition dans le mess des sous-officiers responsables y aient été pour quelque chose. Vous avez essayé d'avoir des relations avec des femmes blanches, des Autochtones et des Noires, mais aucune n'a fonctionné.

Pour autant que vous sachiez, vous n'avez pas d'enfants. Cela ne représente pas un problème pour vous puisque vous n'en avez jamais voulu. Au cours de votre traitement au centre de désintoxication, vous vous êtes rendu compte que cette attitude était probablement liée à votre enfance. Aucun enfant ne devrait avoir à subir ce que vous avez vu.

Irène (votre deuxième femme), a insisté pour que vous subissiez un test de fertilité et quand on vous a appris que vous étiez stérile, son médecin a dit que c'était probablement en raison des oreillons que vous avez eus étant jeune ou quelque chose du genre. Encore une fois, une telle révélation ne vous a pas perturbé. Malheureusement, vous n'aviez pas compris à l'époque que votre femme, elle, était très perturbée par la situation.

Vous ne qualifieriez pas ce que vous vivez présentement avec Julie de relation, mais la situation vous convient à tous les deux. Elle a 10 ans de moins que vous et a elle aussi vécu un divorce et des problèmes d'alcoolisme. Elle semble vous comprendre. Vous respectez mutuellement votre espace vital, mais vous vous rencontrez au moins une fois par semaine pour un repas à votre appartement ou au sien. Vos soirées peuvent aussi bien se dérouler à parler de toutes sortes de choses qu'à passer du temps ensemble en silence, dans le respect de l'autre. Vous avez parfois des relations sexuelles; la plupart du temps, vous n'en avez pas. En d'autres mots, vous ne vous ingérez pas dans la vie de l'autre en dehors du travail.

Enfants

Aucun.

Études et parcours professionnel

De 18 à 43 ans, vous avez été dans l'ARC où vous avez atteint le grade d'adjudant. De 43 à 46 ans, vous avez eu des petits boulots, mais vous étiez surtout occupé à boire.

Présentement, vous êtes agent de liaison avec la jeunesse dans un centre d'amitié autochtone. Auparavant, vous avez travaillé pour une variété d'agences en tant que conseiller autochtone sur l'abus de drogues et d'alcool.

Finances

Vous recevez une pension de l'ARC.

Vous gagnez seulement 15 \$ l'heure à votre travail actuel, mais vous avez un excellent ensemble d'avantages sociaux qui comprennent la thérapie avec un psychologue.

Comme vous êtes Autochtone, vos médicaments sont gratuits. Vous louez un appartement.

Réseau de soutien

Vous avez beaucoup de connaissances, mais peu d'amis proches. Vous avez un partenaire de pêche que vous avez rencontré dans les Alcooliques Anonymes (AA), mais Julie est probablement la seule personne à qui vous pouvez tout confier.

Vous n'êtes pas proche de votre famille.

Vous passez beaucoup de vos temps libres au centre d'amitié, probablement seulement pour être disponible si on a besoin de vous. De temps à autre, les jeunes que vous rencontrez vous disent : « Trouve-toi autre chose à faire! »

L'organisation des AA demeure très importante pour vous. Les rencontres ont ramené dans votre vie la structure que vous aimiez quand vous étiez dans l'ARC. Vous participez à au moins deux rencontres par semaine.

Religion

Vous n'êtes pas pratiquant. En fait, vous n'avez rien de bon à dire au sujet de la religion organisée.

Quand vous grandissiez, la spiritualité autochtone ne s'était pas remise de sa suppression et l'Église était encore la force dominante dans la communauté. Il y a eu une renaissance des traditions autochtones dans votre communauté d'origine et vous avez écouté les mordus du prosélytisme parler du retour aux anciennes traditions. Leur philosophie ne vous intéressait pas, mais quand vous participiez aux pow-wows, vous aimiez les danses rythmiques et le son des tambours et les chants autochtones vous donnaient des frissons.

DIRECTIVES DE JEU

Vous êtes propre et portez des vêtements d'allure décontractée mais soignée, soit un jeans et une chemise à col ouvert.

Vous êtes peu loquace et ne donnez pas beaucoup d'information au début de l'entrevue, si ce n'est pour répondre aux questions. Vous êtes agité et vigilant tout au long de l'entrevue. Vous êtes bien renseigné au sujet de votre diabète et si des tests sont mentionnés, vous voulez savoir lesquels.

Quand on vous demande pourquoi vous dormez mal, dites : « J'ai des rêves troublants. » ou « Parfois, c'est plus facile de rester réveillé que d'avoir ces cauchemars-là. » Si on vous demande si vous avez de mauvais souvenirs ou des flashbacks, dites : « C'est comme si je me retrouvais encore une fois dans le dortoir de l'école. » ou « Je pensais avoir oublié ces souvenirs il y a des années. » ou « Ils me mettent tellement en colère, je suis dans tous mes états. »

Si le candidat mentionne la possibilité de vous prescrire des somnifères ou des inhibiteurs sélectifs du rechapage de la sérotonine, vous n'êtes pas certain de vouloir prendre des médicaments, surtout des médicaments qui pourraient causer une dépendance. Si le candidat insiste au sujet de la pharmacothérapie, vous voudrez connaître tous les pour et les contre et avoir le temps d'y penser avant de vous engager. Vous ne refusez pas d'emblée cette option, mais vous avez besoin d'y réfléchir tout d'abord. Vous n'accepterez pas de prendre un médicament qui crée une dépendance.

Si le candidat mentionne le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), vous reconnaissez le syndrome (vous avez été dans l'armée). Vous admettez que vous avez l'impression que votre passé est revenu vous hanter, mais vous n'aviez jamais pensé souffrir du SSPT. Cependant, si le candidat discute des critères de diagnostic, vous acceptez rapidement le diagnostic et voulez connaître vos options thérapeutiques. Si le candidat ne parle pas de SSPT ni d'aucun autre diagnostic, vous devriez lui demander ce qu'il croit être votre problème. S'il évoque un diagnostic de trouble d'anxiété ou de dépression, vous l'acceptez d'un air interrogateur et avec hésitation. Faites la remarque suivante : « Je ne me sens pas déprimé. » ou « J'aime la vie, je ne suis pas triste; je suis en colère et nerveux. » Faites cette remarque une seule fois.

Vous êtes membre d'une tribu autochtone et possédez une carte confirmant ce statut. Cela vous donne accès à des médicaments et à des soins médicaux gratuits ainsi qu'à l'éducation gratuite. Elle vous identifie légitimement en tant que Canadien d'origine autochtone.

Si le candidat vous demande tôt au cours de l'entrevue s'il y a autre chose à part le diabète qui vous préoccupe, dites : « je veux m'occuper de mon diabète » ou utilisez d'autres mots qui le réorienteront vers votre raison de consultation.

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.

GILLES BÉLIVEAU :	Le patient, âgé de 54 ans. Il souffre de diabète et du SSPT.
ALICE BÉLIVEAU :	La mère de Gilles, décédée il y a sept ans à l'âge de 65 ans.
JOSEPH BÉLIVEAU :	Le beau-père de Gilles, 70 ans.
THOMAS BÉLIVEAU :	Le frère de Gilles, mort dans un accident de la route il y a huit mois à l'âge de 55 ans.
JEAN BÉLIVEAU :	Le frère de Gilles, 53 ans.
JOSÉE BÉLIVEAU :	La sœur de Gilles, 50 ans.
JOHANNE BÉLIVEAU :	La sœur de Gilles, 47 ans.
MIREILLE BÉLIVEAU :	La sœur de Gilles, 44 ans.
RAYMOND BÉLIVEAU :	Le frère de Gilles, 38 ans.
JULIE LAROUSSE :	La patronne et petite amie de Gilles, 44 ans.
MARIE :	La première femme de Gilles.
IRÈNE :	La deuxième femme de Gilles.
JEANNETTE :	La troisième femme de Gilles.

CHRONOLOGIE

Aujourd'hui :	Rendez-vous avec le candidat.
Il y a huit mois :	Décès de votre frère Thomas dans un accident de la route.
Il y cinq ans :	Diagnostic de diabète.
Il y a six ans :	Premiers symptômes de diabète.
Il a sept ans :	Décès de votre mère à l'âge de 65 ans.
Il y a huit ans :	Vous avez cessé de boire.
Il y a 11 ans :	Vous avez quitté les forces armées.
Il y a 21 ans :	Marié à Jeannette.
Il y a 27 ans :	Marié à Irène.
Il y a 34 ans :	Marié à Marie.
Il y a 36 ans :	Enrôlement dans les forces armées.
Il y a 38 ans :	Vous avez quitte l'école.
Il y a 44 ans :	Envoyé au pensionnat.
Il y a 54 ans :	Naissance.

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

Énoncé initial	« J'ai besoin de faire renouveler mon ordonnance. »
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 SSPT, il faut dire : « Depuis les funérailles de mon frère, je ne dors pas bien. »
Lorsqu'il reste 7 minutes* Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question du diabète, il faut dire : « Est-ce qu'il va falloir que j'aie d'autres prises de sang? » (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.



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 : DIABÈTE

1 ^{er} problème	Vécu des symptômes
Les points à couvrir sont : 1. prise en charge actuelle : • Prend de la metformine et du glyburide. • Prend du ramipril. • Fait de longues marches. • Suit un régime pour diabétique. • Diabétique depuis six ans. • Examine ses pieds régulièrement. 2. maîtrise du diabète : • Autosurveillance irrégulière. • Normalement excellente maîtrise. • Cholestérol normal. • Excellente maîtrise de la TA. 3. lésions aux organes cibles : • Examen de la vue il y a un an. • Pas de paresthésies. • Examen des urines normal il y a un an. 4. motivation à bien maîtriser son diabète: • Sa mère a perdu une jambe en raison du diabète.	Description du vécu des symptômes par le patient. Vous êtes gêné d'admettre que vous vous êtes négligé. Vous voulez reprendre le contrôle de votre diabète afin de vous remettre sur la bonne voie. Vous espérez que le MF renouvellera vos médicaments et fera un bilan de votre diabète.

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

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

2. Description : SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

2 ^{er} problème	Vécu des symptômes
Les points à couvrir sont : 1. symptômes actuels : - Flashbacks. - Cauchemars. - Hypervigilance. - Dure depuis huit mois. 2. déclencheur : - Funérailles de son frère. - Expérience au pensionnat. - Témoin d'agressions chez d'autres. - Contact avec des groupes religieux, qu'il évite maintenant. 3. écarter la possibilité d'autres diagnostics : - Pas d'idées suicidaires/homicides. - Pas déprimé. - Pas de trouble panique. - Pas de symptômes psychotiques. 4. pas d'antécédents personnels d'agression sexuelle dans l'enfance.	Description du vécu des symptômes par le patient. Vos expériences traumatiques antérieures sont revenues vous hanter et cela vous rend à la fois anxieux et en colère. Ce qui affecte votre concentration au travail. Vous espérez que le MF vous aidera à mettre de l'ordre dans tout ça.

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

Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2, 3 et 4.	Examine activement le vécu des symptômes pour en dégager une compréhension profonde . À cette fin, le candidat doit résolument employer des techniques verbales et non verbales, en recourant notamment à des techniques d'interrogation efficace et d'écoute active.
Certifiable	Couvre les points 1, 2 et 3.	S'enquiert du vécu des symptômes pour parvenir à une compréhension satisfaisante au moyen de questions pertinentes et d'aptitudes non verbales.
Non certifiable	Ne couvre pas les points 1, 2 et 3.	Ne manifeste qu'un intérêt minime à l'égard du vécu des symptômes, se concentre surtout sur les processus pathologiques, et retire ainsi une compréhension faible du vécu des symptômes. Le candidat ne saisit pas les indices verbaux et non verbaux du patient ou encore, il interrompt souvent le patient.

3. Contexte social et développemental

Description du contexte	Intégration du contexte
Les points à couvrir sont : 1. aspects reliés aux cycles de vie : • Retraité des forces armées. • Pas d'enfants. • Plusieurs relations amoureuses ratées • Ancien alcoolique. 2. réseau de soutien : • Sa patronne, Julie, est son principal soutien social. • Les AA sont très importants pour lui. • Pas proche de sa famille. 3. facteurs sociaux : • Pas d'intérêt pour la spiritualité des premières nations. • Participation active à la communauté autochtone. 4. statut de membre des premières Nations.	L'intégration du contexte permet d'évaluer l'aptitude du candidat à : • intégrer au vécu des symptômes des questions portant sur la famille, la structure sociale et le développement personnel du patient; • rendre compte au patient des observations et de l'analyse de façon claire et empathique. Cette démarche est essentielle pour l'étape suivante : trouver un terrain d'entente afin d'élaborer un plan de traitement efficace. Voici un exemple d'énoncé d'un candidat hautement certifiable : « Si je comprends bien ce qui vous arrive, vous êtes un Canadien d'origine autochtone qui souffrez de diabète. Vous étiez très motivé à maîtriser votre diabète, mais les funérailles de votre frère ont ramené à votre mémoire des souvenirs de votre enfance au pensionnat. Ces souvenirs vous causent beaucoup d'angoisse et vous avez négligé la maîtrise de votre diabète. »

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 : DIABÈTE

Plan pour le 1 ^{er} problème	Trouver un terrain d'entente
Les points à couvrir sont : 1. Offrir une ordonnance pour des médicaments. 2. Demander des tests de surveillance du diabète. 3. Organiser un examen physique. 4. Insister sur l'importance des soins autogérés (p. ex., surveillance de la glycémie, exercice, diète).	Les comportements témoignant de la volonté de trouver un terrain d'entente ne se résument pas à ce que le candidat demande au patient s'il a des questions après lui avoir présenté un plan de prise en charge. La recherche d'un terrain d'entente se manifeste par le fait que le candidat favorise les échanges avec le patient, lui donne plusieurs fois l'occasion de poser des questions, l'invite à dire ce qu'il pense, demande des éclaircissements, vérifie s'il y a consensus, et reconnaît les hésitations ou les objections du patient, et y répond le cas échéant. Les examinateurs doivent évaluer la capacité du candidat à trouver un terrain d'entente sur la base des comportements dont il fait preuve au cours de l'entrevue.

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

5. Prise en charge : SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Plan pour le 2 ^e problème	Trouver un terrain d'entente
Les points à couvrir sont : 1. Identifier le SSPT ou faire allusion aux symptômes actuels liés aux traumatismes antérieurs. 2. Organiser un rendez-vous en thérapie ou offrir vos propres services. 3. Discuter de la thérapie pharmacologique. 4. Discuter de la pertinence de prendre congé du travail.	Les comportements témoignant de la volonté de trouver un terrain d'entente ne se résument pas à ce que le candidat demande au patient s'il a des questions après lui avoir présenté un plan de prise en charge. La recherche d'un terrain d'entente se manifeste par le fait que le candidat favorise les échanges avec le patient, lui donne plusieurs fois l'occasion de poser des questions, l'invite à dire ce qu'il pense, demande des éclaircissements, vérifie s'il y a consensus, et reconnaît les hésitations ou les objections du patient, et y répond le cas échéant. Les examinateurs doivent évaluer la capacité du candidat à trouver un terrain d'entente sur la base des comportements dont il fait preuve au cours de l'entrevue.

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

6. Structure et déroulement de l'entrevue

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

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

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

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

Annexe 1 : Instructions normalisées aux candidats

1. Format

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

2. Notation

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

3. Durée

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

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

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

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

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

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

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

Pensez à :

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

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

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

Vous avez tous passé cet examen vous-mêmes. Il est normal de compatir avec un candidat nerveux devant vous. Toutefois, cet examen est le résultat de nombreuses années d'expérience de la part du Collège, et les indices fournis sont suffisants pour permettre à la plupart des candidats de bien saisir les problèmes du cas. Si les candidats n'ont pas réussi à trouver la bonne piste après avoir reçu les indices prévus au scénario, c'est devenu leur problème et non le vôtre. Après cela, ne soyez pas trop généreux en matière de renseignements.
 3. Si vous avez l'impression qu'un candidat a des difficultés liées à sa maîtrise de la langue pendant l'EMS, n'agissez pas et ne parlez pas différemment que vous ne le feriez avec d'autres candidats. Sachez que les candidats pourraient passer à côté des subtils indices verbaux présentés en vue de votre rôle dans l'EMS. Cependant, ce candidat risquerait fort de ne pas relever ces indices verbaux dans son propre cabinet. Il faut toutefois que tous les candidats soient exposés à un jeu de rôle normalisé, et interprété de manière uniforme. Cela dit, n'hésitez pas à indiquer à la section des commentaires de la feuille de notation toutes les difficultés de communication ou d'expression que vous aurez observées.
 4. Il arrivera occasionnellement qu'un candidat prenne une certaine tangente ou pose des questions tout à fait inutiles. Pendant cet examen, vous devrez faire très attention de ne pas donner trop de renseignements, mais il ne convient pas non plus de mettre le candidat sur une fausse piste. Le

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

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

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

Une performance certifiable doit consister notamment à s'informer sur le vécu des symptômes afin de parvenir à une compréhension acceptable du patient et de ses problèmes (acceptable pour le patient/l'examineur). Une performance hautement certifiable ne consiste pas simplement pour le candidat à obtenir plus d'information ou la quasi-totalité des éléments voulus. En effet, un candidat hautement certifiable doit examiner activement le vécu des symptômes et démontrer une compréhension approfondie de ce vécu. Une performance hautement certifiable repose sur l'utilisation habile d'aptitudes de communication, notamment en faisant preuve : 1) d'excellentes techniques verbales et non verbales; 2) d'un recours efficace aux questions; 3) d'une écoute active remarquable qui favorise la confiance entre le patient et le médecin et qui permet au patient de raconter toute son histoire. Les éléments ci-dessous sont adaptés à partir des objectifs d'évaluation pour la certification en médecine familiale du CMFC. Le tableau ci-dessous doit servir de guide aux évaluateurs qui doivent déterminer si les aptitudes de communication d'un candidat sont le reflet d'une compétence certifiable, hautement certifiable ou non certifiable. Un candidat de niveau certifiable présente suffisamment de qualités pour parvenir à une compréhension acceptable. Un candidat hautement certifiable présente toutes ces qualités, tandis qu'un candidat non certifiable ne présente que quelques-unes de ces qualités, voire aucune, et ne parvient pas à une compréhension acceptable du patient et de ses problèmes.	
Aptitudes à écouter Le candidat utilise des aptitudes à écouter générales et actives pour faciliter la communication. Comportements types • Il prévoit du temps pour des silences opportuns. • Il rend compte au patient de ce qu'il pense avoir saisi de ce que celui-ci lui a expliqué. • Il répond aux indices (ne continue pas à poser des questions sur des sujets sans pertinence sans être attentif au patient qui lui révèle un changement important dans sa vie ou sa situation). • Il demande des précisions sur le jargon que le patient utilise.	Adaptation à la culture et à l'âge Le candidat adopte le style de communication qui convient au patient en fonction de sa culture, de son âge et de son incapacité. Comportements types • Il adapte son style de communication en fonction de l'incapacité du patient (p. ex., recourt à l'écrit pour les patients malentendants). • Il utilise un ton de voix approprié en fonction de l'ouïe du patient. • Il reconnaît les origines culturelles du patient et adapte ses manières en fonction de celles-ci. • Il emploie les mots adaptés à chaque patient (p. ex., « faire pipi » au lieu d'« uriner » avec les enfants).

Aptitudes non verbales Expression • Il est conscient de l'effet du langage corporel dans la communication avec le patient et l'adapte en conséquence. Comportements types • Il s'assure que le contact visuel convient à la culture du patient et qu'il ne le met pas mal à l'aise. • Il est concentré sur la conversation. • Il adapte son comportement au contexte du patient. • Il s'assure que le type de contact physique avec le patient ne le met pas mal à l'aise. Réceptivité • Il est conscient du langage corporel, particulièrement en ce qui a trait aux sentiments difficiles à exprimer verbalement (p. ex., insatisfaction, colère, culpabilité) et y réagit. Comportements types • Il réagit adéquatement devant l'embarras du patient (p. ex., il fait preuve d'empathie envers le patient). • Il demande au patient qu'il confirme verbalement la signification de son langage corporel/ses actions/son comportement (p. ex., « Vous semblez nerveux/contrarié/incertain/aux prises avec des douleurs »).	Aptitudes d'expression Expression verbale • Ses aptitudes lui permettent d'être compris par le patient. • Il tient une conversation d'un niveau adapté à l'âge et au niveau de scolarité du patient. • Il emploie un ton adapté à la situation pour assurer une bonne communication et mettre le patient à l'aise. Comportements types • Il pose des questions ouvertes et fermées de manière judicieuse. • Il vérifie auprès du patient qu'il a bien compris (p. ex., « Est-ce que je comprends bien ce que vous dites? »). • Il permet au patient de mieux raconter son histoire (p. ex., « Pouvez-vous me donner plus de précisions? »). • Il offre de l'information claire et structurée de façon à ce que le patient comprenne (p. ex., résultats d'analyses, physiopathologie, effets secondaires). • Il demande au patient comment il souhaite être abordé.
--	--

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