
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 22

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° 1

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

- 1. une colite ulcéreuse;**
- 2. des crises d'anxiété.**

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 RICHARD GRANDON, 47 ans, un nouveau patient.

DESCRIPTION DU CAS

Introduction

Vous êtes M. **RICHARD GRANDON**, âgé de 47 ans, conseiller en investissement, qui a rendez-vous avec le candidat en raison d'une poussée de colite ulcéreuse. Vous souhaitez aussi lui parler d'épisodes de battements de cœur intenses survenus ce mois.

Vous consultez ce médecin de famille (MF), car le vôtre, le **D^r EVANS**, a pris sa retraite il y a un moment. Vous n'avez pas consulté votre dernier gastroentérologue, le **D^r SHEPPARD**, depuis 15 ans.

HISTOIRE DU PROBLÈME

1^{er} problème

Colite ulcéreuse

Épisode actuel: Depuis les quatre derniers mois, vous avez dû vous précipiter à la salle de bains plus souvent – environ une fois par heure. Parfois, vous avez une diarrhée manifeste, mais vous allez souvent à la selle sans incident. Vous comptez environ cinq selles molles par jour. Vous souffrez aussi quotidiennement de douleurs abdominales à type de colique et de crampe. Vous présentez une douleur rectale intermittente, une flatulence gênante et des nausées.

Cet ensemble de symptômes sont survenus trois fois dans le passé, et on vous a déjà diagnostiqué une « colite ulcéreuse ». Plus précisément, on vous a dit que vous étiez atteint de « rectite ulcérate ». D'après votre expérience, vous savez que des saignements rectaux suivront bientôt, à moins qu'un traitement soit instauré.

Vous espériez qu'en surveillant votre alimentation de près, vos symptômes disparaîtraient et que vous n'auriez pas besoin de voir un médecin. Toutefois, ça n'a pas été le cas. En fait, le problème s'est graduellement aggravé – et cette poussée n'aurait pas pu arriver à pire moment. Un grand nombre de vos clients s'attendent à recevoir des services personnalisés de la part de leur conseiller en investissement, ce qui signifie que vous devrez beaucoup jouer au golf. Puis viendront de nombreuses réunions du conseil consultatif de votre compagnie, avec vos collègues.

Vous vous demandez si le stress que vous avez connu pendant la période de Noël aurait pu provoquer cette poussée (voir « Crises anxieuses »). Les douleurs abdominales sont apparues à peu près à cette période. Votre femme, ainsi que vos collègues, vous ont affirmé que vous étiez beaucoup plus tendu et agité. En outre, il semble que les crises antérieures survenaient quand vous étiez soumis à un stress extrême.

Votre appétit est inchangé et vous n'avez pas perdu de poids. Vous ne présentez aucune allergie alimentaire et vous n'avez pas voyagé à l'étranger depuis l'année dernière. Vous n'avez jamais souffert de douleur articulaire ou de problèmes aux yeux. Vous n'avez jamais eu la jaunisse.

Épisodes antérieurs: À l'âge de 13 ans, vous avez commencé à souffrir de douleurs abdominales de type colique et de diarrhée. Dans un premier temps, votre père n'a pas pris ces symptômes au sérieux : il les a mis sur le compte des « nerfs » et « de douleurs reliées à la croissance »; il était complètement indifférent. Après plusieurs mois, vous avez commencé à avoir des saignements rectaux et à perdre du poids, ce qui a incité votre mère (qui avait vu les mêmes symptômes chez son frère) à vous faire consulter un médecin. Vous avez finalement vu un pédiatre et avez passé une sigmoïdoscopie et une colonoscopie. Des biopsies ont révélé que vous étiez atteint de colite ulcéreuse. On a entamé un traitement par des lavements, des stéroïdes et un composé sulfa. Vous avez présenté une éruption cutanée qui s'est avérée une réaction allergique aux sulfamides. On a abandonné ce médicament et vous avez continué à prendre des stéroïdes par voie orale et rectale. Plusieurs mois de traitement ont été nécessaires pour maîtriser les symptômes.

Lorsque vous avez quitté votre ville pour aller à l'université de la Nouvelle-Orléans, les symptômes se sont atténués et vous avez commencé à fumer; ils ont disparu lorsque vous avez commencé à prendre de la marijuana. Vous consommiez de l'alcool toujours avec modération, car il semblait exacerber vos symptômes. Vous avez graduellement cessé de vous administrer vos lavements et vos stéroïdes deux mois après le début de l'université.

Pendant quelques années, vous alliez bien, mais vous avez connu une autre poussée de douleurs abdominales et de saignements rectaux subséquents peu après avoir quitté l'université de la Nouvelle-Orléans à l'âge de 21 ans, puis juste avant votre mariage à l'âge de 32 ans. Chaque fois, votre MF vous orientait vers un spécialiste, et chaque fois une colonoscopie révélait une poussée de colite. Dans les deux cas, vous avez suivi ensuite un court traitement par voie orale et rectale, et la maladie semblait disparaître.

Vous n'observiez jamais durablement le traitement d'entretien ou les soins de suivi avec vos médecins. Dès que les symptômes disparaissaient, vous cessiez de prendre les médicaments. Vous avez appris dans des livres et auprès de spécialistes que certains régimes alimentaires pouvaient atténuer votre affection et que les aliments épicés l'aggravaient. Vous vous êtes donc astreint à une alimentation simple et fade, en évitant tous les facteurs déclencheurs.

2^e problème

Crises d'anxiété

Il y a un mois environ, vous vous apprêtiez à participer à une réunion du conseil au travail lorsque vous avez éprouvé une sensation brusque et inattendue de « puissants battements du cœur » sous la poitrine. Vous ne ressentiez aucune douleur, mais vous avez cru que vous vous étouffiez et que vous ne pouviez pas respirer. Vos mains tremblaient, vous avez commencé à transpirer et à vous sentir étourdi. Même si vous ne vous êtes pas évanoui ou que vous n'avez pas perdu connaissance, vous étiez essoufflé. Après cet épisode, vous avez eu des « fourmillements » aux mains et aux lèvres. D'après vos collègues, vous étiez « pâle et moite ». Cela ne vous était jamais arrivé auparavant.

On a appelé une ambulance et on vous a transporté au service d'urgence (SU) le plus proche. Les puissants battements de cœur se sont calmés spontanément après 30 minutes environ. La sensation aux lèvres et aux mains est redevenue normale en même temps. Vous avez reçu un comprimé relaxant à

placer sous la langue et on a examiné votre fonction cardiaque. D'après ce que vous aviez compris, tout allait bien. Vous avez pu rentrer chez vous le même jour.

Deux semaines plus tard, la même chose s'est reproduite lorsque vous avez accompagné votre fille à l'école. Votre cœur s'est mis à battre très vite, vous avez eu des sueurs et des étourdissements, et vos mains ont commencé à trembler. Vous vous êtes mis en route vers le SU, mais cet épisode s'est estompé en 20 minutes environ. Vous avez donc conduit au travail.

Il y a quelques jours, vous avez connu un autre épisode alors que vous étiez au restaurant avec votre femme, **PENELOPE**. Elle a insisté pour que vous alliez à la salle d'urgence et on a examiné votre cœur. Les palpitations ont duré entre 20 et 30 minutes. Cette fois, on vous a hospitalisé pendant deux jours. Le Dr **WONG**, cardiologue, vous a soumis à un examen complet, incluant un tracé de la fonction cardiaque, des analyses de sang et une épreuve d'effort échographique. Vous avez aussi porté un moniteur cardiaque pendant 24 heures. Le Dr Wong vous a dit que le rythme et la structure cardiaques, de même que l'approvisionnement en sang vers votre cœur étaient « à 100 % parfaits ». Il vous a dit, semble-t-il, que vos symptômes avaient été déclenchés par des « palpitations », probablement « liées au stress ». Il vous a suggéré un rendez-vous de suivi avec un MF. On vous a assuré du reste que toutes les analyses de sang, y compris celles de votre thyroïde, étaient « normales ».

Votre femme, d'autres membres de votre famille et certains de vos collègues se sont inquiétés pour vous. Vous aussi étiez soucieux à l'idée que ces crises se reproduisent. Au début, vous n'aviez aucune idée de ce qui avait pu les déclencher, car les occasions où elles sont survenues ne semblaient pas avoir de rapport entre elles. Cependant, vous avez réfléchi aux commentaires du Dr Wong vis-à-vis du stress. Plus précisément, vous avez songé à des événements stressants proches et à leur relation avec vos palpitations.

Il y a un mois environ, le président-directeur général (PDG) de votre compagnie a pris sa retraite, ce qui a donné lieu à la première réunion durant laquelle vous aviez eu vos premières palpitations. Vous avez résisté au ralentissement économique en travaillant fort, en faisant des investissements judicieux et en renvoyant beaucoup d'employés de premier échelon. Les membres du conseil ont remarqué votre caractère impitoyable, et certaines rumeurs font de vous le prochain PDG. À moins qu'un scandale éclate, vous devriez facilement l'emporter au vote d'ici la fin du mois.

Vous craignez justement un tel scandale, ce qui vous rend très anxieux. Il y a plusieurs années, vous aviez besoin d'argent et avez tourné dans quelques films pornographiques avec **JUSTINE**, votre petite amie du temps de l'université, à la Nouvelle-Orléans. Votre pseudonyme était « ROCK GRAND » (voir « Antécédents personnels » pour en savoir plus). Il y a quatre mois environ, vous avez lu dans un journal un article sur Justine. Elle est membre du Parti démocrate et a brigué un poste local à la Nouvelle-Orléans pendant la dernière élection à la mairie. Le Parti républicain a exhumé quelques vieux films pornographiques (en mauvais état) qu'elle avait tournés lorsqu'elle était étudiante, et les a remis aux médias. Les adresses de sites Web divulguées permettaient à tout un chacun de la voir nue avec un « homme blanc inconnu dénommé Rock Grand ». D'après l'article de journal, le film 8 mm est maintenant un des « films les plus regardés » sur le Web, et de nouveaux blogues s'efforcent désormais d'identifier cet « Américain inconnu ». Heureusement, il semble que les Américains étendent rarement leurs recherches au-delà de leurs frontières, et personne ne vous a contacté — du moins pour l'instant. L'élection à la Nouvelle-Orléans a été réglée depuis longtemps et Justine a facilement été défaite, mais vous êtes terrifié à l'idée que votre passé refasse surface. Votre vie allait si bien jusqu'à cet article affreux

dans le journal. Il pourrait anéantir vos chances de promotion et bouleverser votre vie heureuse dans la classe moyenne supérieure.

Vous avez toujours bien dormi, mais depuis le mois dernier vous avez remarqué que vous vous réveillez plus tôt. De plus, vous avez tendance à vous réveiller au moindre bruit dans la chambre, et vous avez du mal à vous rendormir. Lorsque vous vous levez le matin, vous vous sentez tendu et inquiet. Cet article redoutable a sans doute déclenché votre stress, qui est exacerbé par des appréhensions concernant votre promotion.

Vous n'avez présenté ni toux, ni flegme, ni de sang dans vos expectorations. Vous n'avez pas eu de douleur aux mollets. Vous n'êtes pas déprimé et votre appétit est inchangé.

Antécédents médicaux

Mis à part les poussées de colite, vous étiez en bonne santé.

Antécédents chirurgicaux

Vous n'avez jamais subi d'intervention chirurgicale.

Médicaments

Aucune actuellement.

Résultats pertinents d'analyses de laboratoire

Des tests récents effectués à la salle d'urgence comprenaient des analyses de sang, une électrocardiographie et une échocardiographie à l'effort. Les résultats étaient normaux. Plus précisément, votre hémogramme complet, les taux d'électrolytes, de lipides et la fonction thyroïdienne étaient normaux.

Allergies

Les médicaments de type sulfa provoquent chez vous une éruption cutanée.

Immunisations

À jour.

Problèmes liés au mode de vie

Tabac : Vous ne fumez pas.

Alcool :	Vous buvez très peu d'alcool, peut-être un verre de vin par jour au souper. L'alcool en grande quantité vous cause des poussées de colite, de sorte que vous n'en buvez jamais davantage.
Caféine :	Vous ne buvez jamais de boisson à base de caféine (ex. : thé, café, boissons gazeuses, Red Bull).
Cannabis :	Aucun.
Substances récréatives ou autres :	Vous ne consommez pas de drogues illicites.
Alimentation :	Votre alimentation est saine.
Activité physique et loisirs :	Vous êtes membre d'un club de golf et d'un club de squash. Vous êtes en forme et actif, et ne faites pas de surpoids. Vous fréquentez quotidiennement le club de sports du travail. Vous êtes le type de personne qui vérifie son pouls avant et après l'exercice, et qui fait savoir à tout le monde qu'elle se sent en forme après avoir fait de l'exercice. Quand vous en avez le temps, vous aimez jouer sur votre piano à queue chez vous.

Antécédents familiaux

Votre père, **PIERRE GRANDON**, est enfant unique. Il est né à la Nouvelle-Orléans. Votre mère, **MARISE GRANDON**, est originaire de Montréal. Elle a fait des études universitaires en beaux-arts et a rencontré votre père lorsqu'elle était à l'université de la Nouvelle-Orléans vers la fin des années 1950. Ils ont emménagé ensemble dans une petite ville à 300 km de Montréal où votre père avait accepté un poste de pasteur anglican.

Vos deux parents ont maintenant plus de 70 ans et sont en bonne santé. Cependant, votre mère a toujours été « nerveuse », ce qui est dû, selon votre père, à son tempérament artistique. Elle boit du gin et du vin; votre père ne boit pas. Il a toujours été enclin à croire à l'enfer. Pendant votre enfance, certains débats religieux ou sociaux le mettaient en fureur. Votre mère consommait alors un peu plus de gin, peut-être pour essayer de « calmer ses nerfs ».

Votre frère, **DAVID**, a 45 ans. C'était le rebelle de la famille. Il ressemblait à votre mère, alors que vous ressembliez davantage à votre père. Il travaille comme artiste sur une île voisine de la côte de la Colombie-Britannique. Vous pensez qu'il est célibataire. Vous deux avez peu de choses en commun, et vous avez peu de contacts avec lui.

Le frère de votre mère a souffert de colite toute sa vie. Il a finalement subi une intervention chirurgicale et a dû vivre avec un sac fixé au côté.

Il semble que la colite soit la seule maladie dans la famille. Il n’y a pas d’antécédents de cancer de l’intestin, de problème cardiaque, d’hypertension, d’AVC, de maladie de la thyroïde ou de dépression. En général, les membres de votre famille vivent au moins jusqu’à 80 ans, ou plus.

Famille d’origine

Vous êtes né et avez grandi dans une autre ville. Au début de votre adolescence, vous étiez plus introverti et timide à cause de votre colite. Vous ne pratiquiez plus de sports, vous ne dormiez plus chez des amis et ne faisiez plus de camping les fins de semaine. Vous deviez toujours être à proximité d’une salle de bains, et avez perdu contact avec la plupart de vos amis. Vos selles avaient une odeur redoutable, et on vous a beaucoup taquiné à cause de votre maladie.

Vous consacriez la plupart de vos semaines à étudier. Les dimanches, vous aidiez votre père à l’église. Vous adoriez officier comme enfant de chœur et chanter dans la chorale. Votre mère a remarqué votre talent pour la musique et vous a encouragé à prendre des leçons de chant et le piano. À l’adolescence, vous jouiez l’orgue de l’église tous les dimanches.

Après avoir complété le secondaire avec distinction, vous avez décidé de vous inscrire à la même université que votre père, à la Nouvelle-Orléans. Vous avez choisi les mathématiques et l’économie comme principales disciplines.

Au début, vous avez obtenu de bonnes notes. Cependant, votre amour pour la musique vous a porté à fréquenter les bars de blues et de jazz dans les vieux quartiers de la ville. Les longues nuits passées dans les bars et les clubs ont affecté vos études et votre situation financière, car vous fumiez de la drogue.

Vous avez eu aussi une liaison amoureuse avec Justine, une étudiante en sociologie et en sciences politiques. Vous formiez un couple séduisant et remarquable, et vous saviez tous les deux que les gens vous regardaient lorsque vous étiez dans la rue et dans les bars. Pendant votre deuxième trimestre d’études, un homme du nom de **PHILIPPE** vous a abordé. Il prétendait être un photographe professionnel et vous a demandé de prendre quelques photos de vous et de Justine. Il vous a offert un peu d’argent et vous avez accepté avec joie. Quelques photos ont été prises « pour faire de la publicité en ville », puis d’autres encore. À mesure que les mois passaient, les photos avec Justine devenaient de plus en plus osées, et le salaire de plus en plus avantageux. Vous avez commencé à tourner des films. Philippe a affirmé que ceux-ci ne seraient diffusés que dans des clubs privés et que personne ne l’apprendrait. Pour protéger votre anonymat, vous utilisiez le pseudonyme « Rock Grand ». Vous gagniez environ 500 \$ par trimestre, vous permettant ainsi de vous acquitter de la plupart de vos factures et de votre loyer.

À la fin de la deuxième année, votre frère et votre père vous ont rendu une visite inopinée. Lorsqu’ils sont entrés chez vous, l’appartement était rempli de fumée de cigarettes et de marijuana, de bouteilles de whisky vides de vos amis, et une fille nue occupait votre lit. Votre père était furieux. Il vous a ramené au Canada pour y terminer vos études. Vous vous êtes senti honteux et humilié; vous avez cru votre père lorsqu’il a affirmé qu’une poussée de colite était le résultat du « mal qui était en vous ». Vous avez consulté un gastroentérologue et avez subi une colonoscopie, et la poussée s’est résolue après un traitement par un médicament. Convaincu que le diable s’était emparé de vous, vous avez arrêté de fumer des cigarettes et de la marijuana, ce qui a été difficile.

Mariage/relations

Vous avez emménagé dans cette ville il y a près de 24 ans, et vous avez rencontré Penelope lors d'un événement social dans un club de golf il y a 17 ans. Vous vous êtes mariés deux ans plus tard.

Penelope est fille unique d'une famille aisée de la ville, qui a fait sa fortune en construisant des terrains de golf dans des régions exotiques du monde entier. Vous vous êtes enrichis tous deux grâce à votre travail, ce qui vous a permis de satisfaire votre goût pour le luxe.

Vous et Penelope n'avez jamais discuté de votre passé à la Nouvelle-Orléans.

Enfants

Votre fils, **DANIEL**, est âgé de 14 ans et aime beaucoup jouer au football. Votre fille, **SIMONE**, est âgée de 12 ans et est passionnée d'équitation. Ils fréquentent tous deux une école privée et ont d'excellentes notes.

Études et parcours professionnel

Vous avez complété le secondaire en étant premier de votre classe. De retour au Canada après les deux années d'université à la Nouvelle-Orléans, vous avez obtenu un baccalauréat spécialisé avec mention très honorable en mathématiques et en économie de l'Université de Montréal.

Votre diplôme en main, vous avez passé des entrevues pour des postes dans des entreprises d'experts-conseils. Vous avez eu votre premier poste dans cette ville vers la fin des années 1980, alors que la situation économique était florissante. Vous êtes resté dans cette entreprise, Cray Bros. Inc., toute votre carrière. Vous avez une pension et des parts dans la compagnie, êtes maintenant associé principal, et sur le point de devenir le prochain PDG.

Finances

Vous avez un très bon revenu. Même si vous avez encaissé une perte personnelle d'environ 500 000 \$ sur le marché des actions ces deux dernières années, vous êtes quand même extrêmement riche. Cependant, vous avez une hypothèque sur la maison et des terrains d'une valeur avoisinant 2 millions de dollars, vous assurez des paiements pour votre Lexus et votre Porsche, et les frais mensuels de deux écoles privées. Vous ne pouvez pas vous permettre de prendre des congés.

Réseau de soutien

Vous avez de nombreux amis à votre club de golf et de squash. La plupart de vos relations sont aisées et appartiennent aux classes moyenne ou supérieure. Vous avez aussi des amis à l'église.

Les parents de Penelope vivent dans la même ville que vous et vous les voyez régulièrement. Cependant, ils sont à l'étranger pendant les mois d'hiver.

Religion

Vous, Penelope et les enfants allez tous les dimanches à l'église anglicane. Vous laissez des montants considérables dans la corbeille des dons, et vous aimez chanter des cantiques. Vous ne croyez pas à toutes les sottises qui sont prêchées mais, socialement, il est bon d'être vu à l'église.

DIRECTIVES DE JEU

Vous êtes bien habillé et portez des chaussures, un pantalon et une chemise élégants. Vous pourriez porter une cravate. Vous portez également une alliance de mariage et une belle montre.

Vous n'avez pas beaucoup de respect pour les MF et croyez que vous pourriez aisément faire leur travail. Bien que vous ayez désespérément besoin d'un traitement pour votre colite et vos palpitations, vous pensez que tout ce que font les MF c'est orienter leurs patients vers les médecins qui conviennent, qui eux sont en mesure de prescrire quelque chose; dans un premier temps, vous êtes donc assez condescendant.

À cause de la terrible histoire qui a resurgi de votre passé, vous avez l'air stressé et tendu. Si le candidat vous demande pourquoi vous êtes stressé, vous n'hésitez pas à mentionner l'éventualité de votre promotion. Cependant, vous ne dites rien de votre passé sordide.

Un bon candidat établira un lien entre le stress et la colite et réalisera que quelque chose s'est produit aux alentours du Noël dernier. Si vous êtes à l'aise et que vous gagnez la confiance du candidat, expliquez plus ouvertement que vous avez lu dans le journal quelque chose à votre sujet, aux alentours de Noël. Le signal des sept minutes vise à donner au candidat un indice évident que quelque chose de terrible est survenu dans votre vie durant cette période. Si le candidat ne relève pas l'indice et ne vous pose pas de questions à ce sujet, il est improbable que vous mentionniez l'événement ensuite.

Vous vous **SENTEZ** gêné à cause de votre colite et votre IDÉE est que tout a été déclenché par le stress et les révélations sur votre passé. Cela affecte votre **FONCTIONNEMENT**, car vous ne pouvez pas assister à de longues réunions ou jouer au golf. Vos **ATTENTES** : vous recevrez un traitement dès que possible, soit de la part du MF, soit d'un spécialiste.

Vous vous **SENTEZ** inquiet à propos des palpitations et votre IDÉE est qu'elles sont dues au stress qui s'aggrave. Votre passé sordide va-t-il resurgir et affecter votre colite et vos palpitations? Les crises de palpitations altèrent votre **FONCTIONNEMENT**, car vous ne pouvez tout bonnement pas faire face aux situations habituelles quand elles surviennent. Vos **ATTENTES** : vous recevrez un traitement dès que possible pour qu'elles disparaissent.

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.

RICHARD GRANDON :	Le patient, âgé de 47 ans, un conseiller en investissement qui souffre de colite et de crises d'anxiété.
« ROCK GRAND » :	Pseudonyme de Richard dans les films pornographiques qu'il a tournés.
PIERRE GRANDON :	Père de Richard, pasteur anglican.
MARISE GRANDON :	Mère de Richard.
DAVID GRANDON :	Frère de Richard, âgé de 45 ans.
PENELOPE GRANDON :	Femme de Richard.
DANIEL GRANDON :	Fils de Richard et Penelope, âgé de 14 ans.
SIMONE GRANDON :	Fille de Richard et Penelope, âgée de 12 ans.
JUSTINE :	Ancienne petite amie de Richard et partenaire dans les films pornographiques.
PHILIPPE :	Le réalisateur des films pornographiques.
D^r EVANS :	Ancien MF de Richard, qui a pris sa retraite.
D^r SHEPPARD :	Ancien gastroentérologue de Richard.
D^r WONG :	Le cardiologue qui a traité Richard pendant sa dernière hospitalisation.

CHRONOLOGIE

Aujourd'hui :	Rendez-vous avec le candidat.
Il y a cinq jours :	Palpitations et deuxième visite au SU; hospitalisation pour des examens cardiaques.
Il y a deux semaines :	Crise d'anxiété dans la voiture.
Il y a un mois :	Crise d'anxiété au travail.
Il y a un mois :	Le PDG de la compagnie a pris sa retraite; d'après les rumeurs, vous serez le prochain PDG.
Il y a quatre mois :	Vous avez lu un article révélateur dans le journal, les poussées de colite ont débuté.
En 1998, il y a 12 ans, à l'âge de 35 ans :	Naissance de votre fille.
En 1996, il y a 14 ans, à l'âge de 33 ans :	Naissance de votre fils.
En 1995, il y a 15 ans, à l'âge de 32 ans :	Poussée de colite; dernière visite chez un gastroentérologue; mariage avec Penelope.
En 1993, il y a 17 ans, à l'âge de 30 ans :	Rencontre de Penelope.
En 1986, il y a 24 ans, à l'âge de 23 ans :	Emménagement dans cette ville; début de votre carrière chez Cray Bros. Inc.
En 1984, il y a 26 ans, à l'âge de 21 ans :	Votre père vous a obligé à quitter l'université de la Nouvelle-Orléans; poussée de colite.
En 1983, il y a 27 ans, à l'âge de 20 ans :	Tournage des films pornographiques.

En 1982, il y a 28 ans, à l'âge de 19 ans : Début des études à l'université de la Nouvelle-Orléans.

En 1976, il y a 34 ans, à l'âge de 13 ans : Première poussée de colite.

En 1963, il y a 47 ans : Naissance.

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

Énoncé initial	« J'ai eu une nouvelle poussée de colite. »
Lorsqu'il reste 10 minutes* Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question de l'anxiété, il faut dire: « J'aimerais vous parler des épisodes que j'ai eus. »
Lorsqu'il reste 7 minutes* Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question de colite, il faut dire : « La vie m'a vraiment joué un tour ces derniers mois. » (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 : COLITE ULCÉREUSE

1 ^{er} problème	Vécu des symptômes
Les points à couvrir sont : 1. Vos symptômes actuels de colite : • Douleur abdominale. • Ténésme. • Cinq selles molles par jour. • Flatulence. • Nausée. 2. Antécédents de colite : • A débuté au début de l'adolescence. • A déjà connu trois autres poussées. • Antérieurement traité par des stéroïdes par voie orale et rectale. • Diagnostic confirmé par une biopsie. • Son oncle souffrait de colite. 3. Facteurs négatifs pertinents : • Pas de sang dans les selles. • Pas de perte pondérale. • Pas de voyage à l'étranger. • Pas de sensibilité alimentaire. • Pas d'antécédents familiaux de cancer de l'intestin. 4. Exclusion de lésions touchant d'autres systèmes : • Pas d'iritis. • Pas d'arthrite. • Pas d'éruption cutanée	Description du vécu des symptômes par le patient. Vous vous sentez gêné de ne pas pouvoir participer à de longues réunions ou de jouer des parties complètes de golf. Vous pensez que le stress récent a provoqué de l'exacerbation. Vous espérez recevoir un traitement pour vos poussées, soit de la part du MF (candidat), soit de la part d'un spécialiste. Vous voudriez que le traitement soit prescrit dès que possible.

		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 : CRISES D'ANXIÉTÉ

2 ^{er} problème	Vécu des symptômes
Les points à couvrir sont : 1. Antécédents de crises : • Elles se sont produites trois fois durant le mois dernier. • Elles ne sont jamais survenues auparavant. • Les crises ont duré entre 20 et 30 minutes. • Deux visites à la salle d'urgence. • Les crises se sont résolues spontanément. 2. Symptômes : • Palpitations. • Sueur. • Tremblements. • Pâleur. • Fourmillements aux mains et aux doigts. 3. Facteurs liés au mode de vie : • Non-fumeur. • Pas de café. • Exercices quotidiens. • Pas de consommation abusive de substances psychoactives désormais. • Un verre de vin par jour. 4. Facteurs négatifs pertinents : • Pas de douleur à la poitrine. • Pas déprimé. • Pas d'hémoptysie. • Résultats négatifs à l'examen cardiaque complet. • Aucun antécédent familial de troubles cardiaques.	Description du vécu des symptômes par le patient. Vous vous inquiétez du fait que le stress en est responsable et que votre passé revient vous hanter. Vous ne pouvez pas fonctionner pendant vos crises. Vous voulez que le MF fasse disparaître au plus vite ces sentiments (comme pour la colite).

		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. Antécédents professionnels : • Conseiller principal en investissement. • Pourrait recevoir une promotion. • A résisté au ralentissement économique. • A allégé les effectifs de sa compagnie. 2. Antécédents familiaux : • Marié. • Deux enfants, âgés de 12 et 14 ans. • Ses parents sont en vie. • A peu de contacts avec son frère. 3. Passé « sordide » : • Expériences passées dans le cinéma pornographique. • Utilisation antérieure de drogues illégales. • Les films qu'il a tournés sont sur Internet. 4. Le manque de confident/personne à qui se confier.	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 : « Vous êtes très riche et avez bien réussi. Vous n'avez personne à qui confier ces mésaventures de la vie. Peut-être que si vous vous confiez à moi, je pourrais vous aider à soulager votre stress. Nous pouvons aussi soulager vos symptômes pour vous aider au travail. »

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 : COLITE ULCÉREUSE

Plan pour le 1 ^{er} problème	Trouver un terrain d'entente
Les points à couvrir sont : 1. Entreprendre un examen physique. 2. Obtenir les anciens dossiers médicaux. 3. Discuter des options pharmacologiques. 4. Discuter de son orientation vers un gastroentérologue. 5. Discuter du lien avec le cancer de l'intestin.	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, 4 et 5.	Demande activement au patient d'exprimer ses idées et ce qu'il souhaite en matière de prise en charge. Encourage le patient à participer à l'élaboration d'un plan et à exprimer ses impressions à cet égard. Incite le patient à s'associer pleinement au processus décisionnel.
Certifiable	Couvre les points 1, 2, 3 et 4.	Fait participer le patient dans l'élaboration d'un plan. Fait preuve de souplesse.
Non certifiable	Ne couvre pas les points 1, 2, 3 et 4.	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 : CRISES D'ANXIÉTÉ

Plan pour le 2 ^e problème	Trouver un terrain d'entente
Les points à couvrir sont : 1. Suggérer un diagnostic d'anxiété/de crises de panique. 2. Discuter de son orientation en vue d'un traitement ou pour recevoir du <i>counselling</i>. 3. Discuter des traitements pharmacologiques (p. ex. : bêtabloquants, inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, anxiolytiques à courte durée d'action). 4. Discuter de stratégies d'adaptation au cas où son passé reviendrait à la surface.	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.