

---

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 23**

# Le collège des médecins de famille du Canada

## Examen de certification en médecine familiale

### Introduction

Ensemble, les deux composantes de l'examen de certification en médecine familiale visent à évaluer un échantillon représentatif des diverses connaissances, attitudes et compétences requises de la part des médecins de famille en exercice, telles qu'elles sont définies dans le document de référence intitulé « Objectifs d'évaluation pour la certification en médecine familiale ».

La composante des simulations cliniques écrites abrégées (SAMP) vise à évaluer les connaissances médicales, les aptitudes de résolution de problèmes et le raisonnement clinique des candidats. La composante des entrevues médicales simulées (EMS) sert à évaluer la mise en application par les candidats de la démarche de prise en charge centrée sur le patient dans le contexte d'un cabinet médical.

Le Collège estime que la méthode clinique centrée sur le patient (MCCP)\* permet de prendre en charge plus efficacement les patients. Le barème de notation des EMS est basé sur la MCCP élaborée par le Centre for Studies in Family Medicine de l'University of Western Ontario. Le principe fondamental de la MCCP est de combiner une approche classique axée sur l'état de santé (p. ex., comprendre l'état de santé d'un patient au moyen d'une anamnèse efficace, cerner la physiopathologie, reconnaître des profils de tableaux cliniques, poser un diagnostic et savoir prendre en charge l'état de santé en cause) à une compréhension de la maladie découlant du problème de santé (p. ex., ce que les aspects cliniques de la maladie signifient pour le patient, comment il y réagit sur le plan émotionnel, comment il comprend le problème de santé qui le préoccupe et comment celui-ci affecte sa vie). Intégrer la compréhension de la maladie ou de l'état de santé à celle de la personne qui vit avec la maladie – par le biais de l'entretien, de la communication, de la résolution de problèmes et de la discussion de la prise en charge de la maladie – est un aspect fondamental de la méthode centrée sur le patient.

L'EMS ne met **pas** seulement l'accent sur la capacité des candidats à diagnostiquer et à prendre en charge convenablement un cas clinique, même si cet aspect est important; ceux-ci doivent aussi savoir appréhender les sentiments, les idées et les attentes des patients concernant la situation qui résulte du problème de santé ou à laquelle il est lié, et déterminer l'effet de ce problème sur leurs capacités fonctionnelles. Les candidats sont notés en fonction de leur capacité à mener l'entrevue de manière à établir un lien avec le patient et à le faire participer activement à l'élaboration d'un plan de prise en charge acceptable pour l'un et l'autre. Les cas présentés dans les EMS illustrent une variété de situations cliniques, mais ils font tous appel aux aptitudes de communication propres à la MCCP : il s'agit de comprendre les patients en tant qu'individus ayant un vécu particulier des symptômes, et de déterminer avec eux les mesures à prendre pour traiter efficacement les problèmes de santé qui les concernent.

---

\* Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T, eds. *Patient-Centered Medicine : Transforming the Clinical Method*. 3<sup>e</sup> éd. London : Radcliffe Publishing; 2014.

*Les annexes suivantes seront utiles à tous les examinateurs :*

*Annexe 1 : Instructions normalisées aux candidats*

*Annexe 2 : Dix conseils de préparation du CMFC à l'intention des examinateurs*

*Annexe 3 : Distinguer une performance certifiable d'une performance hautement certifiable : analyse du vécu des symptômes*

## **RAISON D'ÊTRE DE L'ENTREVUE MÉDICALE SIMULÉE N° 23**

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

- 1. un enfant exhibant/manifestant des comportements atypiques;**
- 2. une polyarthrite consécutive à la colite ulcéreuse.**

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. ROBERT MARTIN, 38 ans, un nouveau patient.**

## DESCRIPTION DU CAS

### Introduction

Vous êtes M. **ROBERT MARTIN**, un comptable de 38 ans qui a récemment emménagé dans cette ville avec son épouse et ses deux enfants. Vous êtes ici aujourd'hui car depuis peu, votre fils aîné, **MARC MARTIN**, 10 ans, exhibe des comportements bizarres. De plus, vous avez présenté récemment une exacerbation de la colite ulcéreuse associée à des douleurs articulaires.

### HISTOIRE DU PROBLÈME

#### 1<sup>er</sup> problème

##### Comportement du fils

Marc a toujours été en bonne santé et toujours obtenu de bons résultats scolaires. Il n'a jamais eu de problèmes développementaux. Avant d'emménager dans cette ville il y a deux mois, il avait des amis proches à son ancienne école. Depuis ces deux dernières semaines, toutefois, votre épouse, **RACHEL MARTIN**, et vous-même, trouvez son comportement inquiétant. Votre fils se met à applaudir subitement et à crier fort. Ses accès ne durent que quelques secondes, mais Marc semble en éprouver de la gêne.

La première fois que c'est arrivé, vous étiez chez vous un samedi matin, et il regardait calmement des dessins animés à la télévision avec son frère, **WILLIAM MARTIN**, sept ans. Cet accès subit vous a tous fait sursauter. William a commencé à rire car il pensait que Marc faisait une plaisanterie. Quant à lui, Marc semblait confus. Vous lui avez dit de rester calme, et il vous a répondu qu'il ne savait pas pourquoi il avait agi ainsi. « C'est arrivé comme ça », a-t-il affirmé.

Il a eu un accès identique le lendemain, alors que vous étiez à l'église. Marc s'est mis soudain à applaudir de manière répétitive et à crier « Ow! ». Rachel et vous l'avez réprimandé, mais un aspect de ces crises vous a tous deux inquiétés, car Marc était manifestement embarrassé par ces épisodes. Une fois chez vous, vous lui avez posé des questions et il vous a encore répondu : « c'est juste arrivé comme ça »; il était en larmes.

Les choses se sont aggravées la semaine dernière. En effet, l'enseignante de 5<sup>e</sup> année de Marc a téléphoné à Rachel pour lui dire qu'il avait dérangé deux fois la classe pendant la journée en applaudissant et en criant. Elle voulait savoir si votre fils souffrait de problèmes psychiatriques ou comportementaux dont elle devait être avisée. Votre épouse l'a informée que ces comportements étaient entièrement nouveaux, et qu'ils vous alarmaient aussi. L'enseignante vous a suggéré à tous de les ignorer complètement pour l'instant, au cas où il s'agirait d'un symptôme de stress lié au changement d'école.

Rachel et vous vous en êtes tenus à sa suggestion la semaine dernière, mais les épisodes sont devenus plus fréquents. Les accès se sont produits deux ou trois fois par soirée, et quelques fois même durant la journée à l'école. Marc est manifestement contrarié par ces épisodes; il vous a dit qu'il n'arrivait pas à les faire cesser et que les enfants à l'école se moquaient de lui. Votre épouse et vous lui avez donné des

conseils généraux pour faire face aux railleries et aux mauvais traitements, mais à ce stade, vous avez convenu qu'il fallait voir un médecin.

Néanmoins, vous vous efforcez encore de suivre le conseil de l'enseignante et « de ne pas en faire tout un plat ». Vous avez donc pris rendez-vous aujourd'hui afin de pouvoir discuter du comportement de Marc avec un médecin, avant de le faire consulter. Rachel ne pouvait s'absenter au travail.

Marc est un enfant turbulent. Vous vous êtes déjà demandé s'il ne faisait pas « un peu de TDAH », mais il n'avait jamais crié ni agi de la sorte auparavant. D'après Rachel et vous, Marc n'a pas été particulièrement stressé par le changement d'école. Ses anciens amis lui manquent, mais il n'appréhendait pas le passage à la nouvelle école. Vous ne pensez pas qu'il ait été victime de mauvais traitements, mais l'idée que ces accès puissent l'empêcher de se faire de nouveaux amis et de s'intégrer vous préoccupe. Son sommeil et son appétit sont normaux. Il n'a pas crié ni applaudi pendant la nuit.

En général, les accès durent moins d'une minute et ne provoquent pas d'incontinence. Marc ne semble ni confus ni « désorienté » après les crises. Il ne se plaint pas de céphalées et semble courir, jouer et agir normalement entre les épisodes.

Ses vaccins sont à jour. Jusqu'à présent, il était suivi par votre ancien médecin de famille (MF), le **D<sup>r</sup> SIMON**, qui était présent à l'accouchement de vos deux enfants, et qui s'occupait de toute la famille.

## **2<sup>e</sup> problème**

### **Polyarthrite découlant de la colite ulcéreuse**

Depuis les trois derniers mois, vous ressentez une raideur dans la région lombaire le matin au lever. Cette raideur s'accompagne d'une douleur légère mais non incapacitante, et qui n'irradie pas. Elle ne semble affecter que la région lombaire.

Vous arrivez à « l'éliminer » en marchant, mais vous n'en comprenez pas la cause. Vous n'avez jamais éprouvé de douleur au dos, et vous ne pensez pas avoir subi une entorse au dos. Vous n'avez que 38 ans et considérez que cela ne devrait pas vous arriver.

Il y a un mois et demi environ, vous avez présenté une enflure et une douleur au poignet gauche. Vous avez présumé que cela était dû au déballage des boîtes après votre emménagement récent, mais vous ne vous souvenez pas de vous être fait une entorse au poignet. Vous avez dû laisser votre épouse s'occuper du déballage car votre douleur au poignet était assez intense. Elle a duré près d'une semaine et a graduellement disparu avec l'ibuprofène.

Il y a trois semaines, vous avez souffert d'une enflure et d'une douleur au genou droit pendant cinq jours. Vous n'avez pas subi de traumatisme et ne saviez pas du tout pourquoi votre genou était si douloureux et si enflé. Il n'était pas rouge et ne vous semblait pas chaud. Vous avez repris de l'ibuprofène, et cela a paru régler le problème. Apparemment, ce médicament a aussi contribué à soulager un peu votre dos. Vous ne présentez pas d'enflure articulaire aujourd'hui.

Il n'y a pas d'antécédents d'arthrite dans votre famille. C'est la première fois que vous avez des symptômes de ce genre. Vous n'avez pas contracté d'infections ni de maladies dernièrement, et n'avez pas pris d'antibiotiques pour quelque raison que ce soit. Vous n'avez pas voyagé à l'étranger récemment. Dans le passé, vous avez déjà reçu une prise en charge de suivi pour la colite ulcéreuse. L'affection était «

calme » depuis trois ans, mais on vous a prévenu que vous pouviez connaître des récurrences à tout moment.

Depuis trois ans, vos selles sont normales la plupart du temps. Vous évacuez à peu près une fois par jour, sans douleur ni saignement. Il arrive que vos selles soient plus fréquentes pendant quelques jours d'affilée. Dans ce cas, elles peuvent se présenter deux ou trois fois par jour, et être associées à une certaine douleur rectale et à l'élimination de mucus. Jusqu'à maintenant, ces épisodes ont duré moins d'une semaine, et n'ont pas été accompagnés de saignements. La colite ulcéreuse « a resurgi » il y a deux semaines, mais vos selles sont normales depuis une semaine. Vous n'avez pas vu de lien entre vos symptômes intestinaux et le stress.

Votre gastroentérologue vous avait suggéré de passer une sigmoïdoscopie tous les 5 à 10 ans, et votre dernier examen remonte justement à il y a trois ans.

### **Antécédents médicaux**

Vous avez été en très bonne santé toute votre vie jusqu'à votre premier épisode de colite à l'âge de 30 ans. La colite s'est manifestée graduellement par des selles fréquentes de type muqueux et une certaine douleur pendant la défécation. Après environ trois semaines, vous avez consulté votre MF. Le D<sup>r</sup> Simon vous a fait passer plusieurs tests, y compris des cultures de selle et des analyses de sang, avant de vous orienter vers un gastroentérologue local qui a effectué une coloscopie. Les résultats de l'examen et la biopsie ont permis de confirmer ce que le gastroentérologue a décrit comme une colite ulcéreuse « légère ». Les médecins étaient rassurés par le fait que la douleur n'était pas intense et qu'il y avait très peu de sang dans les selles. À l'époque, vous vous êtes dit que vous n'aimeriez vraiment pas savoir ce qu'était une douleur « intense »! Ils vous ont également appris que la maladie était limitée au rectum pour l'instant.

Le gastroentérologue a indiqué au D<sup>r</sup> Simon que votre maladie pouvait être prise en charge par la mésalamine (Asacol) à raison de 800 mg trois fois par jour pendant six semaines. La posologie a été ramenée à deux fois par jour après la résolution de vos symptômes. Vous avez continué à respecter cette posologie pendant plusieurs mois, puis avez discuté avec votre médecin de la possibilité d'arrêter le traitement. Vous avez présenté des nausées légères à cause du médicament; vous avez accepté de poursuivre le traitement s'il le fallait, mais vous préféreriez n'y recourir qu'en cas de nécessité. Vous avez soupesé les avantages et les inconvénients du traitement d'entretien, et avez opté pour l'arrêt de la pharmacothérapie. Depuis, vous n'avez connu qu'une seule exacerbation de la colite, il y a environ trois ans, et vous avez alors dû reprendre de la mésalamine pendant quelques mois. Vous présentez des exacerbations légères occasionnelles et des selles de type muqueux ou plus fréquentes pendant quelques jours, mais cela ne vous inquiète pas à moins que les épisodes durent plus d'une semaine, ou qu'il y ait du sang dans vos selles. Vous savez très bien qu'en pareil cas, vous devrez reprendre la pharmacothérapie.

À l'époque de votre premier épisode, le gastroentérologue vous a d'ailleurs expliqué que vous aviez un risque accru de cancer de l'intestin et d'autres complications. C'est pourquoi il vous a recommandé de passer une sigmoïdoscopie à peu près tous les cinq ans. La dernière remonte à il y a trois ans. Vous ne vous souvenez pas très bien de la conversation que vous avez eue à ce sujet. Dès que le spécialiste a mentionné le cancer, vous « avez oublié tout le reste ». Vous ne vous rappelez pas avoir abordé avec lui le problème de l'arthrite liée à la colite, mais il se peut qu'il vous en ait parlé. Vous n'êtes pas du genre à faire des recherches sur les maladies sur Internet.

Le D<sup>r</sup> Simon dispose de tous vos dossiers et vous a proposé de les transférer dès que vous aurez trouvé un médecin dans cette nouvelle ville. Rachel et vous aurez vraiment espéré pouvoir continuer à le voir. Vous aviez de bons rapports avec lui, et ne pouvez que souhaiter qu'il en soit ainsi avec votre nouveau MF.

### **Antécédents chirurgicaux**

Vous n'avez jamais subi d'interventions chirurgicales.

### **Médicaments**

Vous ne prenez aucun médicament sur une base régulière.

Vous ne prenez pas de suppléments.

Récemment, vous avez pris de l'ibuprofène sans ordonnance pour soulager la douleur articulaire.

Dans le passé, vous avez pris de la mésalamine pour le traitement et la suppression de la colite ulcéreuse.

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

Aucun résultat disponible.

Vous ne savez pas quelles analyses de sang ont été effectuées au moment du diagnostic de votre colite ulcéreuse.

### **Allergies**

Vous ne souffrez pas d'allergies connues.

### **Immunisations**

Tous vos vaccins sont à jour.

### **Problèmes liés au mode de vie**

Tabac : Vous n'avez jamais fumé.

Alcool : Vous consommez trois ou quatre boissons alcoolisées par semaine. En règle générale, il s'agit d'un verre de vin avec Rachel en soirée ou avec un client lors des repas d'affaires du midi.

Caféine : Vous buvez quatre tasses de café par jour.



## **Enfants**

Vous avez deux enfants. Marc, âgé de 10 ans et William, âgé de 7 ans.

## **Études et parcours professionnel**

Vous avez fini vos études secondaires (le CÉGEP [si l'examen/l'entrevue a lieu au Québec]) avec de bonnes notes. Puis vous avez étudié à l'université et obtenu un diplôme de gestion. Vous avez ensuite réussi vos examens de comptable agréé. Vous avez commencé à travailler dans une grosse banque. Votre transfert dans cette ville est le résultat d'une promotion.

## **Finances**

Vous êtes assez à l'aise financièrement. Vous gagnez un bon salaire à la banque, et détenez une bonne assurance. Votre régime couvrirait toutes dépenses médicales additionnelles. (Vous le préciserez si le candidat cherche à savoir si vous pouvez vous permettre des traitements ou des thérapies privés.)

Rachel a trouvé un travail au ministère des Services sociaux local : elle est chargée de la planification résidentielle pour les personnes âgées en perte d'autonomie. C'est le genre d'emploi qu'elle occupait dans votre ville d'origine. Elle a commencé cette semaine, et semble très emballée.

## **Réseau de soutien**

L'installation dans cette nouvelle ville vous a privé de vos soutiens habituels. Vous devez vous faire de nouveaux amis. Vous fréquentez l'église le dimanche, mais ne connaissez encore personne dans cette congrégation.

Votre famille et celle de Rachel habitent dans votre ancienne ville. Vous êtes tous les deux proches de vos parents, et vous vous confiez à eux au sujet de Marc et de son comportement bizarre. Les grands-parents des deux côtés sont inquiets, mais vos parents semblent prêts à accepter l'explication voulant qu'il s'agisse d'un problème comportemental temporaire lié au stress.

Rachel est fille unique, et ses parents adorent leurs petits-enfants. Votre départ a été très difficile pour eux. Maintenant que Marc a un problème, ils sont pratiquement fous d'inquiétude. Ils vous téléphonent chaque jour pour savoir « si c'est encore arrivé ». Ils étaient très soulagés de savoir que vous alliez consulter un médecin. En ce moment, ils sont davantage une « source d'anxiété » que de soutien. Néanmoins, vous savez que toute la famille éloignée des deux côtés est prête à vous aider de quelque manière que ce soit si l'un de vos enfants tombait malade ou était incapable de prendre soin de lui-même.

## **Religion**

Votre famille et vous fréquentez l'église (choisissez une confession ou une communauté de foi). Vous vous considérez comme un homme de foi; pour Rachel et vous, il est important d'élever les enfants dans les valeurs de l'église (ou d'une synagogue ou d'une mosquée). La crise de Marc pendant le sermon vous

a embarrassé, d'autant que vous êtes des nouveaux membres de la congrégation. Le soutien de votre ancienne communauté de foi vous manque.

## **DIRECTIVES DE JEU**

Vous portez un costume, comme si vous sortiez directement de la banque. Vous êtes nerveux à l'idée de rencontrer le nouveau médecin. Vous aviez une très bonne relation avec le Dr Simon, et vous espérez pouvoir accorder la même confiance à ce nouveau médecin.

Lorsque vous parlez de Marc, vous affichez une inquiétude évidente et souhaitez être rassuré. Vous souhaitez tellement que tout aille bien, que vous vous excusez presque de faire perdre son temps au MF. Vous pouvez dire des phrases de ce type :

1. « Je suis sûr que ce n'est rien, mais cela nous inquiète. »
2. « L'enseignante pense que nous ne devrions pas y prêter trop d'attention, mais nous sommes quand même inquiets. »
3. « Mon épouse est assez inquiète, même si nous espérons que cela finira par disparaître comme le croit l'enseignante. »
4. « Devrions-nous nous inquiéter? »

Si le candidat vous rassure **de manière inadéquate** (c.-à-d. s'il pense que Marc présente un simple problème comportemental lié au stress, ou qu'il fait l'idiot), exprimez vos inquiétudes avec un peu plus d'intensité. Vous pouvez faire des remarques de ce genre :

1. « C'est toujours un très bon garçon; nous ne comprenons pas d'où vient ce comportement. »
2. « Cela ne paraît simplement pas normal. »
3. « Je n'ai pas vu d'autres enfants agir comme ça. »

Votre **SENTIMENT** est l'inquiétude. Le candidat n'aura probablement pas besoin de vous interroger à ce sujet, car vous lui avez déjà dit que vous étiez inquiet. S'il vous pose des questions, vous pouvez répondre : « Eh bien, je pense que nous sommes inquiets; vous croyez que nous devrions l'être? »

Votre **IDÉE** est que Marc exhibe simplement un certain type de comportement à cause du changement d'école, mais que ce pourrait être aussi le signe d'un trouble grave. Si le candidat insiste, vous pouvez déclarer par exemple « J'espère que ce n'est rien et que ça finira par disparaître – mais les enfants atteints de problèmes mentaux commencent-ils par agir de cette façon? ». Ce commentaire fera savoir au candidat que Rachel et vous ne savez vraiment pas à quoi vous attendre. Peut-il s'agir du stade initial d'une maladie mentale? De l'épilepsie? D'une tumeur au cerveau?

L'histoire montre clairement qu'il n'y a aucun impact sur le **FONCTIONNEMENT** à ce stade, et il serait très curieux que le candidat vous pose une question à ce sujet.

Dans cette éventualité, vous pouvez répliquer : « Que voulez-vous dire? »

Vos **ATTENTES** sont que le médecin soit en mesure de vous donner une idée de ce qui se passe. Vous vous attendez à ce qu'il vous demande de voir Marc très vite, s'il était possible qu'il soit atteint d'un trouble plus grave qu'un problème comportemental passager lié au stress. Si le candidat vous dit qu'il doit voir Marc avant de suggérer ce qui ne va pas, demandez : « Alors, qu'est-ce qui peut causer ce comportement? »

Dans votre esprit, votre problème physique est mineur par rapport à celui de votre fils. Vous devez aborder la question de l'enflure et de la douleur aux articulations de manière presque désinvolte. L'invitation à en dire plus doit vous amener à faire quelques commentaires brefs, presque sur un ton d'excuse, au sujet de votre douleur articulaire. Soulignez le fait que vos articulations étaient vraiment enflées. Le candidat doit découvrir vos antécédents de colite ulcéreuse, soit en vous interrogeant sur les causes possibles d'inflammation articulaire, soit en vous posant des questions générales sur vos antécédents médicaux. Vous pouvez lui répondre par des commentaires de ce type :

1. « Oui, je suis atteint de colite ulcéreuse, mais cela me cause rarement des problèmes. J’ai présenté une légère exacerbation il y a deux semaines, mais les choses sont redevenues normales. »

2. « Je sais que je vais devoir prendre rendez-vous avec vous à ce sujet dans quelque temps. Le médecin de famille qui nous traitait avant que je déménage m’a recommandé de prendre rendez-vous avec quelqu’un ici pour que ce problème soit suivi. »

Votre **SENTIMENT** est une contrariété d’ordre pratique car ce problème survient en même temps que de nombreux autres soucis dans votre vie.

Votre **IDÉE** est que vous souffrez peut-être d’un type d’arthrite au stade initial. Vous pouvez dire « Je ne sais pas. Pensez-vous qu’il pourrait s’agir de l’arthrite? Je n’ai que 38 ans! Mais c’est bizarre que mon poignet et mon genou aient enflé sans raison. » Vous ne soupçonnez pas du tout de lien entre la colite ulcéreuse et les lésions articulaires.

Il n’y a pas vraiment eu d’effet majeur sur votre **FONCTIONNEMENT**, à ceci près que vous avez dû laisser votre épouse s’occuper du déballage des boîtes. Vous boitez pas mal lorsque votre genou était enflé, mais vous pouviez quand même marcher. La douleur au dos fait en sorte qu’il vous faut un peu plus de temps pour démarrer votre journée le matin, mais votre journée se passe normalement.

Vos **ATTENTES** sont que le MF « voudra probablement vous faire passer des radiographies ou d’autres examens ». Vous aimeriez bien que ces examens soient effectués bientôt, mais vu votre état d’esprit actuel, ce n’est pas une priorité pour vous.

Ces deux problèmes sont potentiellement complexes, et les diagnostics différentiels possibles nombreux. Le candidat hautement qualifié ne diagnostiquera pas forcément le problème, mais en reconnaîtra la possible gravité, et suggérera des analyses diagnostiques raisonnables. Vous devez quitter son cabinet avec de justes préoccupations au sujet de Marc et de vos propres problèmes articulaires, mais en pensant que les problèmes « seront réglés ».

### 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.*

**ROBERT MARTIN :**

Le patient, comptable de 38 ans souffrant d’enflure articulaire et de colite ulcéreuse.

**RACHEL MARTIN :** Épouse de Robert, 38 ans, travailleuse sociale; s'est mariée avec lui il y a 12 ans.

**MARC MARTIN :** Fils de Rachel et Robert, âgé de 10 ans, qui présente des comportements incontrôlables stéréotypés.

**WILLIAM MARTIN :** Fils de Robert et Rachel, âgé de sept ans.

**Dr SIMON :** Ancien MF de Robert.

## **CHRONOLOGIE**

**Aujourd'hui :** Rendez-vous avec le candidat.

**Il y a deux semaines :** Premier accès de Marc.

**Il y a trois semaines :** Apparition d'une enflure et d'une douleur au genou droit.

<b>Il y a six semaines :</b>	Apparition d'une enflure et d'une douleur au poignet gauche.
<b>Il y a deux mois :</b>	Emménagement dans cette ville.
<b>Il y a trois mois :</b>	Début de la raideur à la région lombaire.
<b>Il y a trois ans :</b>	Dernière exacerbation de la colite ulcéreuse/dernière sigmoïdoscopie.
<b>Il y a sept ans :</b>	Naissance de William.
<b>Il y a huit ans :</b>	Diagnostic de colite ulcéreuse.
<b>Il y a 10 ans :</b>	Naissance de Marc.
<b>Il y a 12 ans :</b>	Mariage avec Rachel, à l'âge de 26 ans.
<b>Il y a 38 ans :</b>	Naissance.

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

<b>Énoncé initial</b>	<Insérer ici le texte correspondant à l'EMS>
<b>Lorsqu'il reste 10 minutes*</b> Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question du <insérer ici le texte correspondant à l'EMS>, il faut dire : <insérer ici le texte correspondant à l'EMS>.
<b>Lorsqu'il reste 7 minutes*</b> Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question du <insérer ici le texte correspondant à l'EMS>, il faut dire : <insérer ici le texte correspondant à l'EMS>. (Cet énoncé incitatif est rarement nécessaire.)
<b>Lorsqu'il reste 0 minute :</b>	« C'est terminé. »

\* Pour éviter de nuire à la fluidité de l'entrevue, gardez à l'esprit qu'il est facultatif de signaler au candidat qu'il reste 7 minutes ou qu'il reste 10 minutes. Afin d'éviter de couper le candidat au milieu d'une phrase ou d'interrompre son processus de raisonnement, il est acceptable d'attendre pour offrir ces énoncés incitatifs.

### Remarque :

Pendant les trois dernières minutes de l'entrevue, vous ne pouvez ajouter de l'information qu'en répondant à des questions directes; ne livrez pas de nouveaux renseignements **de votre propre chef**. Vous devez permettre au candidat de conclure l'entrevue pendant ces dernières minutes.

**THE COLLEGE OF  
FAMILY PHYSICIANS  
OF CANADA**



**LE COLLÈGE DES  
MÉDECINS DE FAMILLE  
DU CANADA**

**Le collège des médecins de famille du Canada**

**Examen de certification en médecine familiale**

**SÉANCE**

**Entrevue médicale simulée**

**Barème de notation**

**REMARQUE : Pour faire le tour d'un aspect en particulier, le candidat doit passer en revue au moins 50 % des éléments énumérés sous chaque point numéroté dans la colonne de gauche du barème de notation.**

## 1. Description : COMPORTEMENT DU FILS

1 <sup>er</sup> problème	Vécu des symptômes
<p><b>Les points à couvrir sont :</b></p> <p><b>1. Anamnèse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Apparition soudaine.</li><li>• Accès plus fréquents.</li><li>• Se sont produits à l'école et à l'église.</li><li>• L'enfant ne peut pas contrôler ou expliquer son comportement.</li></ul> <p><b>2. Facteurs psychologiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aucun antécédent de comportement perturbateur dans le passé.</li><li>• Ne semble pas stressé (p. ex., il dort bien).</li><li>• Aucun antécédent de problèmes d'intégration à l'école.</li><li>• Les enfants à l'école se moquent maintenant de lui.</li></ul> <p><b>3. Facteurs neurologiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pas de confusion/de troubles cognitifs après les accès.</li><li>• Aucune faiblesse avant ou après.</li><li>• Pas d'incontinence.</li><li>• Pas de céphalée.</li><li>• Pas d'antécédents de comportement répétitif (tic).</li></ul> <p><b>4. Aucun antécédent familial de trouble psychiatrique et/ou neurologique.</b></p>	<p><b>Description du vécu des symptômes par le patient.</b></p> <p>Bien que vous espériez que le stress en est la cause, vous êtes inquiet qu'il pourrait s'agir de quelque de plus grave. Vous espérez que le MF sera en mesure de vous dire ce qui ne va pas.</p>

		Déterminer comment le patient vit sa maladie ne consiste <b>pas</b> en une évaluation sous forme de liste de contrôle où il suffirait au candidat, pour obtenir la note de passage, de
--	--	--

		<p>poser à haute voix des questions sur deux ou trois des quatre éléments pertinents que sont les sentiments, les idées, le fonctionnement et les attentes du patient.</p> <p>Pour être certifiable, le candidat doit s'informer du vécu des symptômes du patient dans le cours d'une conversation et intégrer les renseignements obtenus de manière à lui montrer qu'il s'efforce de le considérer comme une personne à part entière atteinte d'une maladie, et pas seulement comme un cas typique de processus pathologiques à prendre en charge de la manière indiquée.</p>
Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2, 3 et 4.	Examine activement le vécu des symptômes pour en dégager une compréhension <b>profonde</b> . À cette fin, le candidat doit résolument employer des techniques verbales et non verbales, en recourant notamment à des techniques d'interrogation efficace et d'écoute active.
Certifiable	Couvre les points 1, 2 et 3.	S'enquiert du vécu des symptômes pour parvenir à une compréhension <b>satisfaisante</b> au moyen de questions pertinentes et d'aptitudes non verbales.
Non certifiable	Ne couvre <b>pas</b> les points 1, 2 et 3.	Ne manifeste qu'un intérêt minime à l'égard du vécu des symptômes, se concentre surtout sur les processus pathologiques, et retire ainsi une compréhension <b>faible</b> du vécu des symptômes. Le candidat ne saisit pas les indices verbaux et non verbaux du patient ou encore, il interrompt souvent le patient.

## 2. Description : POLYARTHRITE/COLITE ULCÉREUSE

2 <sup>er</sup> problème	Vécu des symptômes
<p><b>Les points à couvrir sont :</b></p> <p><b>1. Histoire des douleurs articulaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Elles ont commencé avec une douleur dans la région lombaire.</li><li>• Raideur matinale au dos.</li><li>• Affection du genou et du poignet à des occasions séparées.</li><li>• Enflure et douleur.</li><li>• Non lié, chronologiquement, aux accès de colite ulcéreuse, dans son cas.</li></ul> <p><b>2. Antécédents de colite ulcéreuse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnostiquée il y a huit ans.</li><li>• Décrite comme « une forme légère de colite ulcéreuse ».</li><li>• Traitée par la mésalamine.</li><li>• La dernière exacerbation grave remonte à il y a trois ans (il a dû prendre des médicaments).</li></ul> <p><b>3. Prise en charge jusqu'à présent/symptômes actuels :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• On lui a indiqué qu'il devait passer une sigmoïdoscopie tous les cinq ans.</li><li>• Il a choisi de ne pas suivre de traitement d'entretien.</li><li>• Il sait que l'affection est associée à un risque accru de cancer.</li><li>• il y a deux semaines, il a présenté des selles fréquentes accompagnées de mucus pendant une semaine.</li></ul>	<p><b>Description du vécu des symptômes par le patient.</b></p> <p>Vous êtes contrarié par l'inconfort que cela cause : Vous avez du mal à débarrasser les boîtes, vous avez boîté et vous êtes lent à commencer vos mouvements le matin. Vous vous demandez si ce n'est pas l'arthrite et vous espérez que le MF voudra probablement effectuer certains tests pour trouver la racine du mal.</p>

<p><b>4. Aucune autre manifestation extra-intestinale de la colite ulcéreuse (p. ex. uvéite, érythème noueux, anémie hémolytique).</b></p>	
--	--

		<p>Déterminer comment le patient vit sa maladie ne consiste <b>pas</b> en une évaluation sous forme de liste de contrôle où il suffirait au candidat, pour obtenir la note de passage, de poser à haute voix des questions sur deux ou trois des quatre éléments pertinents que sont les sentiments, les idées, le fonctionnement et les attentes du patient.</p> <p>Pour être certifiable, le candidat doit s’informer du vécu des symptômes du patient dans le cours d’une conversation et intégrer les renseignements obtenus de manière à lui montrer qu’il s’efforce de le considérer comme une personne à part entière atteinte d’une maladie, et pas seulement comme un cas typique de processus pathologiques à prendre en charge de la manière indiquée.</p>
Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2, 3 et 4.	Examine activement le vécu des symptômes pour en dégager une compréhension <b>profonde</b> . À cette fin, le candidat doit résolument employer des techniques verbales et non verbales, en recourant notamment à des techniques d’interrogation efficace et d’écoute active.
Certifiable	Couvre les points 1, 2 et 3.	S’enquiert du vécu des symptômes pour parvenir à une compréhension <b>satisfaisante</b> au moyen de questions pertinentes et d’aptitudes non verbales.
Non certifiable	Ne couvre <b>pas</b> les points 1, 2 et 3.	Ne manifeste qu’un intérêt minime à l’égard du vécu des symptômes, se concentre surtout sur les processus pathologiques, et retire ainsi une compréhension <b>faible</b> du vécu des symptômes. Le candidat ne saisit pas les indices verbaux et non verbaux du patient ou encore, il interrompt souvent le patient.

### 3. Contexte social et développemental

Description du contexte	Intégration du contexte
<p><b>Les points à couvrir sont :</b></p> <p><b>1. Problèmes liés au cycle de vie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Marié avec deux enfants.</li> <li>• Nouvel emploi.</li> <li>• Emménagement dans cette nouvelle ville.</li> <li>• Sa femme travaille aussi.</li> </ul> <p><b>2. Soutiens sociaux/personnels :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'appuie sur sa foi.</li> <li>• N'a pas encore tout à fait intégré la communauté religieuse.</li> <li>• Émotionnellement proche de ses parents et de ses beaux-parents, mais à présent séparé d'eux par la distance.</li> </ul> <p><b>3. La famille peut se permettre une thérapie/des traitements privés si nécessaire.</b></p>	<p>L'intégration du contexte permet d'évaluer l'aptitude du candidat à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• intégrer au vécu des symptômes des questions portant sur la famille, la structure sociale et le développement personnel du patient;</li> <li>• rendre compte au patient des observations et de l'analyse de façon claire et empathique.</li> </ul> <p>Cette démarche est essentielle pour l'étape suivante : trouver un terrain d'entente afin d'élaborer un plan de traitement efficace.</p> <p>Voici un exemple d'énoncé d'un candidat hautement certifiable :</p> <p><b>« Tout semble arriver en même temps, n'est-ce pas? Nous savons que le stress peut aggraver les choses. Le déménagement et un nouveau travail sont des facteurs stressants. Les enfants peuvent exhiber des comportements perturbateurs lorsqu'ils sont stressés, et la colite ulcéreuse peut s'aggraver. Mais je pense que vous réalisez qu'il serait faux de mettre tous ces problèmes sur le compte du stress. Il semblerait que ces affections accentuent votre stress mais n'en résultent pas, n'est-ce pas? Nous devons essayer de savoir ce qui se passe. Ce moment est particulièrement difficile pour vous et votre épouse car vous n'avez pas le soutien de votre famille ou de votre médecin habituel. »</b></p>

Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2 et 3.	Démontre la capacité d'effectuer la synthèse initiale des facteurs contextuels, et manifeste la compréhension de leurs répercussions sur le vécu des symptômes. Rend compte avec empathie au patient de ses observations et de son analyse de la situation.
-----------------------	------------------------------	---

Certifiable	Couvre les points 1 et 2.	Démontre qu'il reconnaît les répercussions de ces facteurs contextuels sur le vécu des symptômes.
Non certifiable	Ne couvre <b>pas</b> les points 1 et 2.	Ne démontre qu'un intérêt minime face aux répercussions des facteurs contextuels sur le vécu des symptômes ou interrompt souvent le patient.

#### 4. Prise en charge :

Plan pour le 1 <sup>er</sup> problème	Trouver un terrain d'entente
<p>Les points à couvrir sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reconnaître qu'il ne s'agit pas d'un comportement normal.</li> <li>2. Discuter des diagnostics différentiels possibles, qui peuvent inclure le syndrome de Gilles de la Tourette, un syndrome épileptique atypique ou des compulsions.</li> <li>3. Expliquer les analyses possibles (p. ex. électroencéphalographie, orientation chez un neurologue).</li> <li>4. Envisager des services de soutien pour l'enfant afin de l'aider à faire face au problème à l'école (p. ex. ressources scolaires pour l'aider à faire face aux moqueries).</li> </ol>	<p>Les comportements témoignant de la volonté de trouver un terrain d'entente ne se résument pas à ce que le candidat demande au patient s'il a des questions après lui avoir présenté un plan de prise en charge.</p> <p>La recherche d'un terrain d'entente se manifeste par le fait que le candidat favorise les échanges avec le patient, lui donne plusieurs fois l'occasion de poser des questions, l'invite à dire ce qu'il pense, demande des éclaircissements, vérifie s'il y a consensus, et reconnaît les hésitations ou les objections du patient, et y répond le cas échéant.</p> <p>Les examinateurs doivent évaluer la capacité du candidat à trouver un terrain d'entente sur la base des comportements dont il fait preuve au cours de l'entrevue.</p>

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

5. **Prise en charge :**

Plan pour le 2 <sup>e</sup> problème	Trouver un terrain d'entente
<p><b>Les points à couvrir sont :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Établir le lien possible avec la colite ulcéreuse.</b></li> <li><b>2. S'arranger pour obtenir tous les dossiers médicaux.</b></li> <li><b>3. Discuter des examens qui s'imposent (p. ex. les marqueurs inflammatoires pour les analyses de sang, des radiographies pour la région lombaire).</b></li> <li><b>4. Orienter vers un spécialiste du traitement de l'arthrite.</b></li> </ol>	<p>Les comportements témoignant de la volonté de trouver un terrain d'entente ne se résument pas à ce que le candidat demande au patient s'il a des questions après lui avoir présenté un plan de prise en charge.</p> <p>La recherche d'un terrain d'entente se manifeste par le fait que le candidat favorise les échanges avec le patient, lui donne plusieurs fois l'occasion de poser des questions, l'invite à dire ce qu'il pense, demande des éclaircissements, vérifie s'il y a consensus, et reconnaît les hésitations ou les objections du patient, et y répond le cas échéant.</p> <p>Les examinateurs doivent évaluer la capacité du candidat à trouver un terrain d'entente sur la base des comportements dont il fait preuve au cours de l'entrevue.</p>

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

## 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 : Dix conseils de préparation du CMFC à l'intention des examinateurs

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

Pensez à :

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

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

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

Vous avez tous passé cet examen vous-mêmes. Il est normal de compatir avec un candidat nerveux devant vous. Toutefois, cet examen est le résultat de nombreuses années d'expérience de la part du Collège, et les indices fournis sont suffisants pour permettre à la plupart des candidats de bien saisir les problèmes du cas. Si les candidats n'ont pas réussi à trouver la bonne piste après avoir reçu les indices prévus au scénario, c'est devenu leur problème et non le vôtre. Après cela, ne soyez pas trop généreux en matière de renseignements.

3. Si vous avez l'impression qu'un candidat a des difficultés liées à sa maîtrise de la langue pendant l'EMS, n'agissez pas et ne parlez pas différemment que vous ne le feriez avec d'autres candidats. Sachez que les candidats pourraient passer à côté des subtils indices verbaux présentés en vue de votre rôle dans l'EMS. Cependant, ce candidat risquerait fort de ne pas relever ces indices verbaux dans son propre cabinet. Il faut toutefois que tous les candidats soient exposés à un jeu de rôle normalisé, et interprété de manière uniforme. Cela dit, n'hésitez pas à indiquer à la section des commentaires de la feuille de notation toutes les difficultés de communication ou d'expression que vous aurez observées.
4. Il arrivera occasionnellement qu'un candidat prenne une certaine tangente ou pose des questions tout à fait inutiles. Pendant cet examen, vous devrez faire très attention de ne pas donner trop de

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

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

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

Une **performance certifiable** doit consister notamment à s'informer sur le vécu des symptômes afin de parvenir à une compréhension acceptable du patient et de ses problèmes (acceptable pour le patient/l'examineur).

Une **performance hautement certifiable** ne consiste pas simplement pour le candidat à obtenir plus d'information ou la quasi-totalité des éléments voulus. En effet, un candidat hautement certifiable doit examiner activement le vécu des symptômes et démontrer une compréhension approfondie de ce vécu. Une performance hautement certifiable repose sur l'utilisation habile d'aptitudes de communication, notamment en faisant preuve : 1) d'excellentes techniques verbales et non verbales; 2) d'un recours efficace aux questions; 3) d'une écoute active remarquable qui favorise la confiance entre le patient et le médecin et qui permet au patient de raconter toute son histoire.

Les éléments ci-dessous sont adaptés à partir des objectifs d'évaluation pour la certification en médecine familiale du CMFC. Le tableau ci-dessous doit servir de guide aux évaluateurs qui doivent déterminer si les aptitudes de communication d'un candidat sont le reflet d'une compétence certifiable, hautement certifiable ou non certifiable. Un candidat de niveau certifiable présente suffisamment de qualités pour parvenir à une compréhension acceptable. Un candidat hautement certifiable présente toutes ces qualités, tandis qu'un candidat non certifiable ne présente que quelques-unes de ces qualités, voire aucune, et ne parvient pas à une compréhension acceptable du patient et de ses problèmes.

#### **Aptitudes à écouter**

Le candidat utilise des aptitudes à écouter générales et actives pour faciliter la communication.

##### Comportements types

- Il prévoit du temps pour des silences opportuns.
- Il rend compte au patient de ce qu'il pense avoir saisi de ce que celui-ci lui a expliqué.
- Il répond aux indices (ne continue pas à poser des questions sur des sujets sans pertinence sans être attentif au patient qui lui révèle un changement important dans sa vie ou sa situation).
- Il demande des précisions sur le jargon que le patient utilise.

#### **Adaptation à la culture et à l'âge**

Le candidat adopte le style de communication qui convient au patient en fonction de sa culture, de son âge et de son incapacité.

##### Comportements types

- Il adapte son style de communication en fonction de l'incapacité du patient (p. ex., recourt à l'écrit pour les patients malentendants).
- Il utilise un ton de voix approprié en fonction de l'ouïe du patient.
- Il reconnaît les origines culturelles du patient et adapte ses manières en fonction de celles-ci.
- Il emploie les mots adaptés à chaque patient (p. ex., « faire pipi » au lieu d'« uriner » avec les enfants).

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

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