
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 24

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° 24

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

- 1. de saignements rectaux d'origine inconnue;**
- 2. de maux de tête à la suite d'une commotion cérébrale.**

On trouvera dans la description de cas et le barème de notation des précisions sur les sentiments du patient, ses idées et ses attentes, ainsi qu'une méthode acceptable de prise en charge.

Le candidat prendra connaissance de l'énoncé suivant :

LA PATIENTE

Vous allez rencontrer M^{me} CAROLE MELOCHE, 27 ans, une nouvelle patiente.

DESCRIPTION DU CAS

Introduction

Vous jouez le rôle de M^{me} **CAROLE MELOCHE**, 27 ans. Vous êtes inhalothérapeute au sein de l'équipe de réanimation d'un hôpital local. Vous consultez ce médecin aujourd'hui parce que vous croyez avoir besoin d'une endoscopie. Vous souffrez de saignements rectaux qui empirent graduellement. Tandis que vous êtes chez le médecin, vous souhaitez également discuter des maux de tête que vous avez depuis cinq jours.

HISTOIRE DU PROBLÈME

1^{er} problème

Saignements rectaux

Au cours des deux dernières semaines, vous souffrez de saignements rectaux. Au début, les saignements étaient minimes, se voyant surtout sur le papier de toilette, mais récemment, ils ont empiré. Au cours des deux derniers jours, vous avez même vu des petits caillots. Le sang est rouge clair.

La couleur de vos selles n'a pas changé, mais la consistance a changé récemment. Vos selles vous semblent plus diarrhéiques avec la présence possible de mucus. Ce changement persiste depuis trois semaines environ. Vous avez même remarqué du sang mélangé à vos selles.

Vous avez des crampes à l'estomac. La douleur est difficile à localiser et vous ne pourriez pas dire qu'un endroit précis est plus douloureux qu'un autre. Vous avez aussi remarqué un besoin impérieux de défécation et vous ne vous sentez pas toujours complètement vidée quand vous avez fini. Vous ne pourriez pas dire à quel moment exactement ces autres symptômes sont survenus, mais vous êtes certaine que c'était avant l'apparition du sang et après la diarrhée.

Vos habitudes de défécation sont devenues très variables au cours des six derniers mois. Normalement, vous allez à la selle une ou deux fois par jour et vos selles sont molles. Présentement, tout est parfois normal, mais à d'autres moments, vous allez à la selle jusqu'à sept fois à huit fois par jour.

Vous avez définitivement remarqué que le nombre de défécations varie selon votre niveau de stress et que quand vous êtes en crise, vous devez arrêter de jouer au hockey (votre passe-temps) pour aller à la toilette. Vous ressentez souvent un ballonnement et des crampes à l'estomac à ce moment-là.

La douleur ni votre besoin d'aller à la selle ne vous ont jamais réveillés la nuit. Vous ne ressentez pas de fatigue excessive ni d'essoufflement. Vous ne vous sentez jamais étourdie. Vous faites vérifier votre tension artérielle et votre pouls par les infirmières de temps à autre, et ceux-ci n'ont pas changé. Vous n'avez pas d'aphte buccal ni de problèmes visuels et vous n'avez jamais eu de douleurs articulaires.

À votre grande déception, vous n'avez pas voyagé récemment. Vous n'avez pas fait de camping ni d'escalade. Vous ne connaissez personne qui ait les mêmes symptômes que vous. Vous n'avez pas pris d'antibiotiques depuis plusieurs années. Vous n'avez pas de douleur épigastrique et n'avez jamais eu de symptômes de brûlures d'estomac. Vous ne pouvez relier vos symptômes à aucun aliment particulier ni

au fait de manger. Vous n'avez pas perdu de poids. Vous n'avez pas remarqué de fièvre ni de frissons. Vous n'avez pas d'éruptions cutanées « bizarres ». Vous ne ressentez pas de raideur articulaire ni de fatigue. Autant que vous sachiez, vous n'avez jamais eu de fissure rectale. Personne dans votre famille n'a jamais eu de problèmes intestinaux dont vous soyez au courant.

Plus spécifiquement, il n'y a pas d'antécédents de colite ulcéreuse dans votre famille. Vous n'avez pas eu de relations sexuelles anales. Il n'y a pas d'épidémie de gastro-entérite au travail présentement.

Selon vous, vos habitudes de défécation n'avaient rien d'inhabituel par le passé.

Les selles diarrhéiques et le besoin impérieux de défécation sont très gênants au travail. Vous vous demandez si vous n'avez pas le cancer.

2^e problème

Maux de tête/commotion cérébrale

Au cours des cinq derniers jours, vous avez eu des maux de tête intermittents, depuis que vous êtes tombée au travail. Vous couriez pour vous rendre à un arrêt cardiaque quand vous avez glissé sur le plancher mouillé. Vous êtes tombée sur le dos et vous êtes frappé la tête. Vous avez vu des étoiles et vous êtes sentie quelque peu « sonnée » pendant un certain temps, peut-être pendant une heure ou deux. Vous n'avez pas perdu conscience et n'avez pas eu de faiblesse ni de démarche instable. Vous n'étiez pas étourdie avant la chute. Aucun de vos collègues n'a remarqué de changement de comportement chez vous après l'accident.

Depuis l'accident, vous avez un léger mal de tête constant; vous avez remarqué que la douleur empire quand vous faites une activité physique, que ce soit vous entraîner au hockey ou courir dans l'hôpital. Vous n'avez pas remarqué que le mal de tête avait affecté votre capacité à faire votre travail ni à penser clairement. Vous prenez de l'acétaminophène à raison de 1 000 mg quatre fois par jour (deux comprimés de Tylenol extra-fort quatre fois par jour). Ça n'a pas beaucoup aidé.

Par contre, votre mal de tête diminue quand vous cessez l'activité physique qui l'empire. Vous n'avez pas ressenti de faiblesse ni d'engourdissement où que ce soit et vous n'avez pas remarqué de changements dans votre vision ni votre sommeil. Vous n'avez pas de bosse à la tête.

Le mal de tête est généralisé et non localisé à un endroit particulier. La douleur est plus agaçante qu'autre chose la plupart du temps. Elle est toujours là, mais elle ne vous réveille jamais la nuit. Vous n'avez pas de nausées ni de vomissements. La lumière ou le bruit n'empire pas votre mal de tête. Vous n'avez pas de bourdonnement dans les oreilles. Vos yeux ou votre nez ne coulent pas.

Il y a environ sept mois, vous avez fait une mauvaise chute en jouant au hockey. (Il se peut que l'équipe adverse vous ait « aide » à tomber.) Vous avez subi un échec contre la bande pendant les éliminatoires et votre tête a heurté la glace en tombant. Vous avez été « sonnée » pendant quelques minutes, mais vous avez pu continuer à jouer. Vous étiez entièrement consciente de ce qui se passait et n'avez eu aucun problème apparent une fois retournée sur la glace. Vous jouiez au hockey de façon récréative et il n'y avait pas d'arbitre autour. Vous n'avez pas consulté de médecin après cette chute. Cet épisode n'a pas causé de maux de tête.

Les maux de tête sont plus ennuyeux qu'autre chose. L'augmentation de l'intensité et la douleur pulsative quand vous courez rendent votre travail un peu plus difficile, mais vous persévérez. L'idée que vous pourriez encore avoir ces symptômes lors de votre prochaine partie de hockey dans quelques jours ne vous réjouit pas beaucoup. Vous avez décidé de parler de ces maux de tête au candidat aujourd'hui puisque vous êtes là. Vous vous demandez si la massothérapie pourrait vous aider.

Vous connaissez les commotions cérébrales, mais vous ne savez pas vraiment ce que sont les symptômes. De plus, les commotions cérébrales se produisent seulement lors d'accidents d'automobile et de sports de contact, pas en tombant dans un corridor.

Vous n'avez rempli aucun formulaire, mais votre superviseur, **SUZANNE SAVARD**, sait que vous êtes tombée. Vous ne lui avez pas parlé de vos maux de tête.

Antécédents médicaux

Vous êtes essentiellement une personne en bonne santé. Mis à part le mal de gorge ou l'otite occasionnels pendant votre enfance, vous avez vu un médecin seulement pour des examens annuels. Votre dernier examen était en mai, quand vous avez subi votre test de Papanicolaou et avez fait renouveler votre ordonnance pour la pilule contraceptive.

Antécédents chirurgicaux

Aucun.

Médicaments

Contraceptifs oraux. Acétaminophène, 1 000 mg QID.

Résultats pertinents d'analyses de laboratoire

Aucun.

Allergies

Oranges.

Immunisations

À jour. Vous avez reçu les vaccins anti-hépatite B.

Problèmes liés au mode de vie

Tabac : Vous ne fumez pas.

Alcool :	Vous buvez une à deux bières quand vous sortez avec vos amis après une partie de hockey.
Caféine :	Vous buvez quatre tasses de café par jour.
Cannabis :	Aucun.
Substances récréatives ou autres :	Aucune.
Alimentation :	Vous essayez d'avoir une alimentation saine et équilibrée.
Activité physique et loisirs :	Présentement, vous jouez au hockey récréatif. La saison a commencé et vous avez des pratiques une fois par semaine. Vous participez également aux parties régulières. Vous alternez habituellement entre une visite au centre de conditionnement et le jogging la plupart des jours de la semaine.

Antécédents familiaux

Vos parents habitent toujours dans votre ville natale. Ils sont tous deux enseignants, mais votre père a pris sa retraite il y a quatre ans. Votre mère, **DIANE DALPÉ**, est âgée de 56 ans; votre père, **HENRI MELOCHE**, est âgé de 57 ans. Tous deux sont en bonne santé.

Vous avez deux sœurs plus âgées. **YVONNE**, 35 ans, enseigne l'anglais à Prague. Vous n'avez pas beaucoup de contacts avec elle. **ÉLISE**, 31 ans, habite ici en ville. Elle est mariée et est mère de deux filles et un garçon. Vos deux sœurs sont en bonne santé.

Votre grand-père paternel avait le cancer de la prostate et votre grand-mère maternelle a eu un cancer du sein quand elle avait plus de 70 ans. À votre connaissance, il n'y a pas eu d'autres cas de cancer dans votre famille. Vous ne connaissez aucun membre de votre famille qui soit atteint de colite ulcéreuse.

Mariage/relations

Vous n'avez jamais eu ce que vous appelleriez une relation sérieuse. Vous avez fréquenté plusieurs hommes, mais vous n'avez jamais rencontré quelqu'un avec qui vous aviez envie de vous engager. Présentement, votre vie vous satisfait pleinement. Vous aimeriez peut-être avoir des enfants un jour,

mais d'un autre côté, vous profitez de votre indépendance et jouez à la mère avec vos nièces et votre neveu.

Enfants

Vous n'avez pas d'enfant.

Études et parcours professionnel

Vous avez obtenu votre diplôme du secondaire sans problèmes. Par la suite, vous avez travaillé pendant un an dans la vente, puis avez voyagé pendant six mois. À votre retour à la maison, vous avez fréquenté le CEGEP dans le but d'obtenir un diplôme de technicien médical d'urgence (TMU). Vous avez travaillé dans ce domaine pendant environ un an et vous aimiez l'intensité périodique du travail, mais vous avez décidé d'essayer autre chose. Deux membres de votre ancienne équipe de hockey étaient inhalothérapeutes et vous avez pensé que ce travail pourrait être intéressant. Vous croyiez que travailler dans un hôpital pendant un certain temps vous plairait et aimiez l'idée de pouvoir travailler pour une entreprise privée plus tard.

Après avoir terminé votre programme de formation en inhalothérapie d'une durée de trois ans, vous avez obtenu un emploi à votre hôpital local. Vous y avez travaillé pendant deux ans quand le poste que vous occupez présentement dans cette communauté est devenu disponible. Le salaire était meilleur et votre sœur habitait ici, vous avez donc décidé de déménager. Vous travaillez présentement dans un hôpital de soins tertiaires. Vous faites partie de l'équipe de réanimation, ce qui signifie que vous passez une grande partie de la journée à courir d'un endroit à l'autre dans l'hôpital.

Finances

Vous jouissez d'une bonne sécurité financière. Votre salaire couvre vos dépenses mensuelles courantes et vous avez un peu d'argent de côté. Une grande partie de vos économies a été utilisée lors de votre déménagement dans cette communauté six mois plus tôt. Vous louez un appartement et habitez seule.

Vous bénéficiez du programme d'invalidité de l'hôpital. L'assurance médicale prolongée fait partie de votre contrat de travail.

Réseau de soutien

Enfant, vous étiez très proche de vos sœurs, c'est donc plaisant pour vous d'habiter dans la même communauté qu'Élise. Vous passez beaucoup de temps avec elle et sa famille.

Vous avez une bonne relation avec vos parents. Vous avez hâte à Noël, car ils comptent vous visiter et vous espérez qu'Yvonne viendra de Prague.

Vous vous êtes fait beaucoup d'amis à l'hôpital. Comme votre travail vous envoie dans tous les départements, vous rencontrez toutes sortes de gens. Vous vous êtes jointe à l'équipe de hockey récréatif de l'hôpital et aimez sortir avec les joueuses après les parties.

Dans votre ville natale, vous avez deux bonnes amies avec qui vous gardez des liens serrés. Vous pouvez tout leur confier.

En ce moment, vous n'êtes pas dans une relation stable. Vous n'êtes pas contre l'idée d'en avoir une, mais présentement, vous vous contentez de prendre les choses au jour le jour. Pendant les relations sexuelles, vous utilisez toujours des condoms en plus de votre contraceptif oral.

Religion

Vous n'avez aucune affiliation religieuse.

DIRECTIVES DE JEU

Vous portez des vêtements élégants mais simples. Vous ne portez pas beaucoup de maquillage ni de bijoux.

Vous êtes une personne terre-à-terre qui aime des réponses directes à vos questions directes. Vous exprimez vos sentiments et opinions clairement et attendez la même chose des autres.

Les saignements rectaux vous inquiètent beaucoup. Vous n'en avez parlé à personne. Vous ne voulez pas créer d'inquiétude autour de vous avant d'en savoir davantage. Vous vous demandez si vous avez le cancer. Vous savez que vous n'êtes pas vraiment pas dans le bon groupe d'âge, mais vous n'arrivez pas à expliquer les saignements.

Les maux de tête sont un embêtement plus qu'autre chose. Vous aimeriez les voir disparaître, mais vous n'avez pas d'idée précise du problème sous-jacent potentiel. Vous croyez que la tension musculaire pourrait être en cause et que la massothérapie vous aiderait. Vous n'êtes pas particulièrement intéressée à changer vos activités pour régler ce problème. Vous préférez « continuer à jouer » en endurant la douleur. Si le candidat explique clairement la nature du problème et l'importance de modifier vos activités, vous accepterez.

Vous ne donnez pas d'information au sujet de la chute antérieure puisque vous n'en voyez pas la pertinence lors de cette visite. Cependant, vous expliquez l'incident en détail si le candidat vous questionne au sujet de chutes ou de blessures à la tête antérieures.

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.

CAROLE MELOCHE :	La patiente, âgée de 27 ans. Elle est inhalothérapeute et souffre de maux de tête et de saignements rectaux.
HENRI MELOCHE :	Le père de Carole, âgé de 57 ans. Il est un enseignant à la retraite.
DIANE DALPÉ :	La mère de Carole, âgée de 56 ans. Elle est enseignante.
YVONNE MELOCHE :	La sœur de Carole, âgée de 35 ans. Elle enseigne l'anglais à Prague.
ÉLISE MELOCHE :	La sœur de Carole, âgée de 31 ans. Elle habite la même ville qu'elle; elle est mariée avec trois enfants.
SUZANNE SAVARD :	La superviseuse de Carole à l'hôpital.

CHRONOLOGIE

Aujourd'hui :	Rendez-vous avec le candidat.
Il y a 5 jours :	Elle est tombée au travail.
Il y a 6 mois :	Un nouvel emploi dans un hôpital de soins tertiaires.
Il y a 7 mois :	Traumatisme à la tête lors d'une partie de hockey.

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

Énoncé initial	« J'ai du sang dans mes selles et je crois que ça devrait être vérifié. »
Lorsqu'il reste 10 minutes* Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé des maux de tête, il faut dire : « Pendant que je suis ici, j'aimerais vous parler de ces maux de tête que j'ai depuis un certain temps. »
Lorsqu'il reste 7 minutes* Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé des saignements rectaux, il faut dire : « Alors, qu'est-ce qu'il faut faire pour ces saignements rectaux ? » (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 : SAIGNEMENTS RECTAUX

1 ^{er} problème	Vécu des symptômes
Les points à couvrir sont : 1. histoire des symptômes actuels : • Saignements ont commencé il y a deux semaines. • Pas de méléna. • Selles diarrhéiques. • Sensation d'évacuation incomplète. • Douleur abdominale à type de crampe. 2. histoire des problèmes intestinaux : • Changement des habitudes de défécation depuis six mois. • Diarrhées épisodiques. • Symptômes exacerbés par le stress et l'activité physique. • Habitudes de défécation normales par le passé. 3. symptômes généraux : • Pas de fatigue. • Pas de perte de poids. • Pas de douleurs articulaires. • Pas d'éruption cutanée. • Pas de douleur épigastrique ni de brûlures d'estomac. 4. élimination de d'autres causes : • Pas d'usage d'antibiotiques récent. • Pas d'exposition à de l'eau contaminée (p. ex., en camping). • Pas de voyage récent. • Pas d'épidémie de gastro-entérite au travail.	Description du vécu des symptômes par la patiente. Vous êtes inquiète et vous pensez que les saignements pourraient être dus à un cancer. L'utilisation fréquente des toilettes dérange votre travail et vos jeux de hockey. Vous espérez que le MF examinera le problème en profondeur.

		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 : MAUX DE TÊTE/COMMOTION CÉRÉBRALE

2 ^{er} problème	Vécu des symptômes
Les points à couvrir sont : 1. maux de tête actuels : • Douleur sourde, pulsative. • Exacerbés par l'activité. • Présents depuis cinq jours. • Acétaminophène n'aide pas. 2. facteurs négatifs pertinents : • Pas de photophobie et/ou phonophobie. • Pas de nausées ni vomissements. • Aucun autre symptôme neurologique. • Pas d'altération des capacités mentales depuis la chute. 3. histoire de la chute : • Est tombée et s'est heurté la tête au travail. • Pas de perte de conscience. • S'est sentie « sonnée » pendant environ une heure par la suite. 4. traumatisme à la tête antérieur : • Épisode similaire sept mois plus tôt lors d'une partie de hockey. • Pas de maux de tête après cette chute antérieure.	Description du vécu des symptômes par la patiente. Les maux de tête vous agacent et vous croyez qu'ils sont liés à votre chute. Vous n'avez pas modifié vos activités avec l'apparition des maux de tête. Vous espérez que le MF vous aidera à faire disparaître ces maux de tête et pourra vous donner une consultation en massothérapie.

		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. famille : - Ses parents habitent en dehors de la ville. - Elle est proche de sa soeur qui habite en ville. - Elle a peu de contacts avec sa soeur à Prague. 2. cycle de vie : - Elle est déménagée récemment dans une nouvelle communauté. - Elle n'a pas de relation à long terme. - Elle n'a pas d'enfants. - Elle s'occupe souvent des enfants de sa soeur. 3. réseau de soutien : - Elle a des amis au travail. - Elle a deux très bonnes amies dans sa ville natale. - L'équipe de hockey est une source importante d'activité sociale et physique. 4. facteurs sociaux : - Elle travaille comme inhalothérapeute. - Son poste actuel exige qu'elle fasse de l'activité physique. - Elle a un poste stable. - Elle a une formation comme TMU en plus d'être inhalothérapeute.	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 une personne active, tant au travail que pendant vos loisirs. Vous faites maintenant face à deux problèmes qui limitent votre capacité à vous adonner aux activités qui sont une partie intégrante de votre vie.»

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 : SAIGNEMENTS RECTAUX

Plan pour le 1 ^{er} problème	Trouver un terrain d'entente
Les points à couvrir sont : 1. Organiser en examen physique complet. 2. Organiser un hémogramme. (On peut également inclure d'autres tests sanguins, comme la vitesse de sédimentation ou des études de coagulation.) 3. Organiser une endoscopie dans les semaines qui viennent. (Une consultation en gastro-entérologie ou en chirurgie est suffisante.) 4. Investiguer la possibilité de causes infectieuses.	Les comportements témoignant de la volonté de trouver un terrain d'entente ne se résument pas à ce que le candidat demande au patient s'il a des questions après lui avoir présenté un plan de prise en charge. La recherche d'un terrain d'entente se manifeste par le fait que le candidat favorise les échanges avec le patient, lui donne plusieurs fois l'occasion de poser des questions, l'invite à dire ce qu'il pense, demande des éclaircissements, vérifie s'il y a consensus, et reconnaît les hésitations ou les objections du patient, et y répond le cas échéant. Les examinateurs doivent évaluer la capacité du candidat à trouver un terrain d'entente sur la base des comportements dont il fait preuve au cours de l'entrevue.

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

5. Prise en charge : MAUX DE TÊTE/COMMOTION CÉRÉBRALE

Plan pour le 2 ^e problème	Trouver un terrain d'entente
Les points à couvrir sont : 1. Informer la patiente qu'elle a eu une commotion cérébrale. 2. Lui conseiller de cesser toute activité physique (toute activité qui suscite de la douleur) au travail et pendant ses loisirs. 3. Organiser un rendez-vous de suivi pour réévaluer les maux de tête dans une semaine. 4. Discuter de la prise en charge de la douleur. (Les massages pourraient soulager la douleur aux tissus mous, mais ne feront pas disparaître la douleur due à la commotion cérébrale: elle ne doit plus avoir aucune douleur sans médicament avant de recommencer à faire du sport ou toute autre activité.)	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 consacrera 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 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 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 consignant 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.