
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 3

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

Cette entrevue médicale simulée vise à évaluer l'aptitude du candidat à prendre en charge le cas d'un patient :

- 1. Ayant fait un infarctus du myocarde et qui nécessite une prise en charge médicale;**
- 2. Souffrant de dépression à la suite d'un évènement cardiaque.**

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 BRUNO ÉTHIER, 56 ans, un nouveau patient.

DESCRIPTION DU CAS

Introduction

Vous êtes **M. BRUNO ÉTHIER**, âgé de 56 ans, vous avez pris une retraite anticipée l'année dernière et avez eu un infarctus du myocarde (IM) il y a trois mois. Depuis l'IM, vous vous sentez de plus en plus déprimé et, il y a un mois, vous avez cessé de prendre tous vos médicaments.

Votre femme, **RENÉE**, vous a encouragé à consulter un médecin de famille (MF) pour le suivi post-IM. Elle a pris le rendez-vous d'aujourd'hui avec le candidat puisque son propre MF ne reçoit plus de nouveaux patients.

HISTOIRE DU PROBLÈME

1^{er} problème

La nécessité d'une prise en charge post-infarctus du myocarde

Votre crise cardiaque s'est annoncée par une douleur constrictive à la poitrine, en milieu d'après-midi. Après avoir fait vos courses, vous rentriez chez vous en portant quelques sacs d'épicerie qui n'étaient pas particulièrement lourds. La douleur s'atténuait lorsque vous cessiez de marcher, mais elle a persisté une bonne heure, de manière intermittente, et s'est intensifiée une fois de retour chez vous. La douleur montait jusqu'à la mâchoire et descendait vers le bras gauche. Vous étiez en sueur et vous avez eu l'impression que quelque chose allait très mal. Les symptômes s'apparentaient à ceux d'une crise cardiaque, et vous avez pris un taxi pour vous rendre au service d'urgence. Vous réalisez, rétrospectivement, que vous auriez dû appeler une ambulance, mais vous n'étiez pas certain des symptômes et ne vouliez pas dramatiser la situation.

À votre arrivée au service d'urgence, une infirmière vous a rapidement allongé sur une civière et a entrepris de vous relier à des tubulures. Vous avez reçu des médicaments qui ont fait disparaître la douleur à la poitrine, mais une céphalée atroce l'a relayée. Le médecin vous a finalement annoncé que vous faisiez une crise cardiaque, et qu'on vous transporterait en salle d'opération pour vous implanter un ballonnet dans le cœur. À ce stade, on avait déjà contacté RENÉE, qui était à vos côtés lorsque le médecin vous expliquait cela. Vous étiez reconnaissant de la savoir à vos côtés, car vous aviez du mal à comprendre tout ce qui vous arrivait.

En quelques minutes, vous étiez en salle d'opération et le chirurgien a inséré un « stent » (si le candidat vous demande quel type de stent, vous ne le savez pas, et ignorez aussi quel(s) vaisseau(x) a/ont été touché(s)).

Ultérieurement, vous avez appris que vous aviez une artère bouchée au cœur, et que vous étiez arrivé à l'hôpital « juste à temps ». Pendant que vous étiez à l'unité de soins coronariens, le médecin vous a expliqué que le muscle de votre cœur avait été endommagé pendant la crise. D'après lui, le muscle semblait bien se rétablir et vous ne faisiez pas « d'insuffisance cardiaque ».

Vous êtes resté à l'hôpital environ cinq jours. Vous n'avez plus éprouvé de douleur à la poitrine pendant votre séjour, mais vous étiez parfois étourdi lorsque vous vous leviez. Avant de prendre votre congé, vous deviez faire une marche sur un tapis roulant tout en restant branché à des fils; on vous a dit que les résultats étaient bons. Au moment de quitter l'hôpital, on vous a remis certains médicaments et on vous a demandé d'effectuer une visite de suivi un mois plus tard auprès du cardiologue de l'hôpital. Durant ce rendez-vous, le cardiologue vous a assuré que votre guérison se déroulait convenablement et que tout allait bien.

Vous n'avez ressenti aucune douleur à la poitrine depuis votre congé de l'hôpital. Vous n'êtes pas essoufflé pendant un effort, mais vous n'avez pas vraiment fait d'exercice. Vos pieds ne sont pas enflés. Vous n'avez pas besoin d'oreillers supplémentaires pour la nuit. Vous ne vous réveillez pas essoufflé. Vous n'avez procédé à aucune forme de réadaptation cardiaque. Quoique le personnel de l'hôpital vous l'ait peut-être suggéré, vous n'avez jamais pris de rendez-vous. Vous avez cessé de prendre tous vos médicaments il y a un mois, sans le dire à **RENÉE**.

Le cardiologue voulait vous revoir dans six mois et vous a recommandé de consulter un MF pour s'occuper de votre suivi. Vous n'aviez pas vu de MF depuis au moins cinq ans. Votre ancien MF a pris sa retraite et vous avez négligé de prendre un rendez-vous jusqu'à ce que **RENÉE** le fasse pour vous aujourd'hui.

2^e problème

Dépression

Avant votre IM, vous étiez toujours énergique, optimiste et plein de vie. Vous aimiez votre vie familiale et vos loisirs et il vous tardait de prendre votre retraite anticipée de la compagnie d'assurance où vous avez travaillé toute votre vie adulte. Vous avez fait des investissements prudents et avez amassé suffisamment d'économies pour vivre une retraite à « Liberté 55 ». Vous espériez passer vos étés à pratiquer le golf et à jardiner. Vos hivers vous espériez jouer au curling et aller en Floride quelques semaines. Vous aimiez votre travail, mais n'éprouviez aucun regret au moment de la retraite. Le temps était venu pour vous de vous détendre et de profiter de la vie.

Malheureusement, les choses ne se sont pas déroulées comme prévu. Tout d'abord, peu après votre retraite, vos investissements privés ont pris un très mauvais tournant avec le ralentissement économique. Vous estimez avoir perdu près de la moitié de vos investissements personnels destinés à la retraite. Vous receviez quand même une généreuse pension de votre compagnie, mais vos fonds du régime enregistré d'épargne-retraite ont considérablement diminué. Vous vous demandiez si vous devriez chercher à être réengagé par votre ancienne compagnie, mais celle-ci procède à une réduction des effectifs du fait de la situation économique. Il ne vous reste qu'à vous efforcer de joindre les deux bouts et à dépendre davantage du salaire de votre femme. Les voyages en Floride paraissent plus improbables.

Le revers suivant a été la crise cardiaque. Vous avez toujours été en bonne santé et vous le teniez pour acquis. Votre hospitalisation et votre rétablissement vous ont considérablement bouleversé. Vous n'aviez jamais pris de médicaments auparavant et à présent il vous faut prendre des comprimés chaque jour. On vous a conseillé de ne pas vous livrer à trop d'activités physiques pendant la période de votre rétablissement et vous avez donc arrêté le curling. Vous avez présumé qu'il était hors de question de faire du golf. Votre femme et vos enfants ont commencé à vous traiter en invalide. Les trois derniers mois ont été cauchemardesques.

Rien ne semble aller correctement. Depuis votre retour à la maison, vous n'avez eu envie de rien faire. Prendre une douche et vous raser sont une corvée, et certains jours, vous préférez rester en pyjama. Vous mangez si **RENÉE** vous sert un repas, mais vous sautez souvent le repas du midi si vous êtes seul à la maison. Par ailleurs, vous ne voulez pas vous tracasser à prendre les médicaments qu'on vous a remis à l'hôpital, et vous les soupçonnez d'être inutiles de toute façon. Vous avez arrêté de les prendre il y a un mois, car vous ne vouliez pas être ennuyé. Votre épouse ne sait pas que vous ne prenez pas vos médicaments. En fait, en votre for intérieur, vous vous demandez s'il vaut la peine de continuer à vivre. Votre avenir vous paraît sombre. À quelques occasions, vous avez espéré mourir de la crise cardiaque. Si un candidat vous pose des questions directes sur votre humeur, vous admettez « vous sentir découragé ». Si le candidat vous demande si vous vous sentez déprimé, répondez : « Peut-être, je me sens pas comme à l'habitude ».

Depuis la crise cardiaque, vous dormez mal. Vous avez des difficultés à vous endormir et il vous arrive souvent de vous réveiller tôt, sans raison particulière et sans pouvoir vous rendormir. Vous dormez probablement en moyenne cinq heures par nuit. Les journées vous semblent longues. Des amis vous ont téléphoné pour savoir comment vous allez, mais vous ne les avez pas rappelés. Il est très difficile d'avoir une conversation avec vous, car vous n'avez pas envie de discuter.

Vous n'avez pas eu de relations sexuelles avec **RENÉE** depuis votre crise cardiaque. Au début, vous étiez trop malade et trop craintif; à présent, vous n'y voyez aucun intérêt. Elle a remarqué votre humeur déprimée. Votre humeur changeante et votre manque d'énergie l'impatientent, elle vous a prié de « cesser de vous apitoyer sur votre sort ». Vous remarquez que votre incapacité à accomplir quoi que ce soit ou à vous engager dans une activité la frustre et son exaspération alimente votre sentiment de nullité. Bien entendu, elle a raison : vous ne valez rien. Vous sentez que vous vous refermez. Elle serait peut-être plus heureuse sans vous, vu que vous êtes un invalide.

Votre fille **MADELEINE** vous téléphone plus souvent – presque chaque jour depuis les dernières semaines. Elle semble s'inquiéter à votre sujet et se soucie de votre état. Vous n'avez pas été en mesure d'exprimer précisément ce que vous ressentez. Lorsqu'elle vous demande comment vous allez, vous répondez : « Je suppose que je ressens l'effet de mon âge. Je suis vraiment fatigué. »

MADELEINE a l'intention de vous rendre visite dans quelques semaines. C'est pourquoi notamment vous avez accepté de consulter un MF. Vous ne voulez pas que **RENÉE** dise à votre fille que vous avez « tout abandonné ».

Vous n'avez ni de projet ni d'intention de suicide actif. Si le candidat vous le demande, répondez que vous préféreriez être mort, mais que vous n'avez pas l'intention de vous tuer. Vous n'avez pas d'arme à feu chez vous.

Antécédents médicaux

Vous vous décrivez comme une personne en très bonne santé avant votre crise cardiaque. Vous n'avez présenté aucun symptôme de maladie cardiaque.

Votre dernier examen physique remonte à « au moins » cinq ans. Vous pensez avoir effectué des analyses de sang, mais le médecin ne vous a jamais téléphoné à ce propos. Vous présumez donc que les résultats étaient bons.

Vous n'avez jamais subi d'opération, excepté une angiographie récente.

Antécédents chirurgicaux

Angioplastie avec tuteur coronarien. (Stent) : Il y a trois mois.

Médicaments

Vous ne preniez aucun médicament avant votre IM, et vous n'en prenez aucun actuellement (voir « DIRECTIVES DE JEU »).

Résultats pertinents d'analyses de laboratoire

Aucuns.

Allergies

Aucunes.

Immunisations

Vous aviez l'habitude de recevoir gratuitement le vaccin contre la grippe au travail. Vous n'aviez reçu aucun autre vaccin depuis votre enfance.

Problèmes liés au mode de vie

Tabac :

Vous fumez un demi-paquet de cigarettes par jour. Vous avez arrêté de fumer après la crise cardiaque, mais avez recommencé il y a un mois. Pour le moment, vous ne souhaitez pas vraiment arrêter. Si les candidats le suggèrent, vous écoutez poliment. S'ils vous demandent si vous avez l'intention d'arrêter, vous répondez que vous n'avez pas encore pris de résolution.

Alcool :	Vous n'avez jamais consommé beaucoup d'alcool. Vous prenez entre une et trois boissons par semaine. Vous buvez du vin lors d'occasions sociales, ou une bière après une partie de golf.
Caféine :	Vous buvez deux tasses de café par jour. Vous ne buvez pas de cola.
Cannabis :	Aucun.
Substances récréatives ou autres :	Vous ne consommez aucune drogue illicite.
Alimentation :	Vous mangez ce que Renée prépare.
Activité physique et loisirs :	Autrefois, vous aimiez jouer au golf l'été et au curling l'hiver. Vous n'avez rien fait de cela depuis votre crise cardiaque.

Antécédents familiaux

Votre mère est âgée de 80 ans et vit dans un foyer pour retraités dans votre communauté. Elle est en bonne santé.

Votre père est décédé brusquement à l'âge de 50 ans alors qu'il était au travail. Il était gestionnaire intermédiaire pour une compagnie locale de services publics. Vous aviez alors 21 ans, et vous ne vous souvenez pas des détails. D'après le médecin, il a souffert d'une crise cardiaque subite. Il fumait beaucoup, mais vous ne connaissez pas tous ses antécédents médicaux. Il n'allait pas chez le médecin.

Votre père n'avait qu'une sœur, qui est en bonne santé aujourd'hui.

Vous avez une sœur et un frère cadets. Tous les deux ont quitté la province une fois qu'ils se sont mariés. Vous leur parlez au téléphone de temps à autre. Autant que vous sachiez, ils sont en bonne santé.

Vous ne connaissez aucun antécédent familial de dépression, de suicide ou de problème de santé mentale.

Famille d'origine

Vous avez grandi dans cette ville. Vous avez mené une vie assez ordinaire, sans incident.

Mariage

Vous avez rencontré **RENÉE**, âgée aujourd’hui de 54 ans, au collège de votre communauté au début de votre vingtaine. Vous viviez un mariage heureux depuis 31 ans.

RENÉE continue à travailler et occupe un poste de cadre intermédiaire dans une usine locale. Elle aime travailler et craint de perdre la raison si elle devait rester à la maison « sans rien faire ». Vos régimes de retraite conjoints incluent des vacances en hiver, mais elle ne souhaite pas rester à la maison comme vous. Cette situation n’est pas une source de conflit. Vous savez depuis des années que vous envisagez la retraite différemment, et vous l’avez planifiée en conséquence.

Enfants

Votre fils **ROBERT** a 30 ans et il est marié à **SUZANNE**. Ils n’ont qu’un enfant, **LUKE**, qui a huit mois. Vous et **RENÉE** étiez fous de joie à la naissance de ce premier petit-fils. Ils vivent dans la même ville que vous, et d’ordinaire vous rendent visite régulièrement. Au cours des derniers mois, il semble qu’ils viennent moins souvent — peut-être parce que votre compagnie est moins agréable. **RENÉE** ne comprend pas pourquoi vous n’êtes pas enthousiaste à l’idée de voir votre petit-fils.

Votre fille **MADELEINE** a 28 ans et vit dans une autre province. Elle ne fréquente personne, et semble heureuse de son travail et de sa vie.

Histoire des études et du travail

Vous avez été à l’école secondaire locale et avez étudié les rudiments de la comptabilité au collège de votre communauté. Après avoir obtenu votre diplôme, vous avez trouvé un poste au service de la paie dans une filiale d’une grande compagnie d’assurance. On vous a transféré plus tard au service des placements, où vous avez travaillé jusqu’à votre retraite.

Finances

Vous et **RENÉE** avez suffisamment de moyens grâce à son salaire et au revenu de votre retraite.

Réseau de soutien

Vous vous êtes isolé. Vous jouissez du soutien de certaines personnes, mais vous ne vous en rendez pas compte.

Votre femme est votre principal appui, mais il vous paraît évident qu’elle est frustrée par votre comportement. Vos changements d’humeur et votre manque d’énergie l’impatientent. Son exaspération manifeste alimente votre sentiment de nullité. En votre for intérieur, vous vous dites qu’elle serait plus heureuse sans vous, maintenant que vous êtes invalide.

Vos enfants s’inquiètent pour vous. Votre fille est particulièrement préoccupée, car vous ne vous rétablissez pas de votre crise cardiaque comme prévu.

Vous avez évité de voir des amis. Vous ne retournez pas leurs appels.

Religion

Vous et **RENÉE** êtes des anglicans « à Noël et à Pâques ». Vous n'avez pas de profondes convictions religieuses et ne faites pas partie d'un groupe confessionnel.

DIRECTIVES DE JEU

Vous commencez par dire que c'est à cause de **RENÉE** que vous effectuez cette visite. Agissez comme un patient déprimé – pas très animé, coopératif, mais un peu désintéressé. Vous n'avez pas beaucoup d'espoir d'aller mieux. Cependant, au début de l'entrevue, vous ne devez pas trop laisser paraître votre côté déprimé. Concentrez-vous autant que possible sur les antécédents cardiaques pour ne pas mettre le candidat sur une mauvaise piste. Votre état de déprime doit devenir évident au fur et à mesure que l'entrevue progresse.

Votre **SENTIMENT** est « la dépression », mais si le candidat vous demande comment vous vous sentez, répondez que vous n'éprouvez aucune douleur pour l'instant. Ne répondez que vous êtes « déprimé » ou « triste » que s'il vous pose une question précise sur votre humeur. Si le candidat vous demande pourquoi vous vous sentez ainsi, répondez quelque chose du genre : « Je ne pensais pas que ma retraite allait se passer ainsi. » Pour ce qui est de votre IM, dites que vous êtes inquiet de vivre une autre crise cardiaque soudaine.

Votre **IDÉE** : Votre crise cardiaque vous a rendu invalide. Vous ne voyez pas l'utilité de prendre des médicaments, car vous ne serez plus jamais en bonne santé. Vous ne savez rien de votre humeur. Si le candidat vous demande ce que vous pensez qu'il vous arrive, vous pourriez répondre : « Ce doit être normal après une crise cardiaque. » S'il essaie de cerner votre « idée » vis-à-vis de votre dépression, répondez quelque chose de vague du genre : « Je suppose que ma crise cardiaque m'a ôté mon énergie. »

Votre **FONCTIONNEMENT** a été affecté par votre crise cardiaque et votre changement d'humeur. Dans un premier temps, vous craigniez de reprendre l'activité physique et les relations sexuelles. À présent, votre dépression a fait disparaître tout intérêt. Vous évitez de voir des amis et même des membres de votre famille : « Ma fille a l'intention de me rendre visite et, même elle, je ne suis pas certain de vouloir la voir. » Vous pouvez dire aussi : « Ces jours-ci, la seule chose dont je suis capable c'est de m'habiller. » Si le candidat vous pose des questions directes sur vos capacités de fonctionnement, répondez par un commentaire comme celui-ci : « Je ne sers plus à grand-chose. » Vous pourriez évoquer ensuite les activités physiques que vous avez abandonnées. Ne parlez pas d'activités sexuelles à moins que le candidat vous pose une question sur le sujet.

Au signal des 10 minutes, abordez le fait que vous ne prenez pas vos médicaments, mais il est possible que vous en ayez parlé plus tôt. Si le candidat vous demande si vous prenez des médicaments, répondez « pas pour le moment ». Il se peut alors qu'il vous en demande la raison. Si le candidat demande quels médicaments vous avez reçus à votre congé de l'hôpital, répondez de manière assez vague, par exemple : « Ils m'ont donné beaucoup de comprimés. Il y avait quelque chose pour mon cholestérol, quelque chose pour ma tension artérielle, de l'aspirine et quelque chose appelé Plavix. » Vous devez alors ajouter : « Je les ai pris pendant un certain temps. » En somme, vous pourriez révéler que vous ne prenez pas de médicaments au signal des 10 minutes ou plus tôt. Si le candidat vous demande pourquoi vous avez arrêté de les prendre, répondez : « Ils m'ont paru inutiles. Je ne ressentais aucune différence. » Ayez une voix terne lorsque vous dites cela.

Vos **ATTENTES** sont limitées. Votre femme vous a envoyé consulter ce MF et vous n'escomptez pas que les choses s'améliorent à la suite de cette visite. Vous vous attendez à ce que le MF vous prescrive encore

certaines comprimés. Vous acceptez de le faire s'il vous le demande – mais vous n'avez réellement l'intention de les reprendre que si le candidat vous explique leur utilité. Un bon candidat devrait comprendre pourquoi vous avez cessé de prendre vos médicaments, et abordera ce problème précis. En résumé, vous avez besoin d'espoir. Un bon candidat vous offrira cet espoir, même si vous ne vous y attendez pas.

Vous ne souhaitez pas vraiment prendre de médicaments contre la dépression si on vous en propose, car cela signifierait que vous êtes atteint d'une maladie supplémentaire. Si on vous suggère un antidépresseur, dites que vous préférez ne pas prendre de médicaments et demandez s'il y aurait autre chose à la place (vous pouvez aussi le demander dans les trois dernières minutes de l'entretien, le cas échéant, car la discussion sur le traitement fait partie du schéma de pondération).

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.

BRUNO ÉTHIER : Le patient, âgé de 56 ans, qui a pris une retraite anticipée il y a un an et qui a fait un IM il y a trois mois.

RENÉE ÉTHIER : La femme de **BRUNO**, âgée de 54 ans, qui travaille comme cadre intermédiaire.

ROBERT ÉTHIER : Le fils de **BRUNO** et **RENÉE**, âgé de 30 ans, qui vit dans la même ville.

MADELEINE ÉTHIER : La fille de **BRUNO** et **RENÉE**, âgée de 28 ans, qui n'est pas mariée et habite dans une autre province.

SUZANNE ÉTHIER : La femme de **ROBERT**.

LUKE ÉTHIER : Le fils de **ROBERT** et **SUZANNE**, âgé de huit mois.

CHRONOLOGIE

Aujourd'hui :	Rendez-vous avec le candidat.
Il y a un mois :	Vous avez cessé de prendre les médicaments qu'on vous a donnés à l'hôpital.
Il y a deux mois :	Visite de suivi chez le cardiologue.
Il y a trois mois :	Vous avez souffert d'un IM.
Il y a huit mois :	Naissance de votre petit-fils, LUKE .
Il y a un an, à l'âge de 55 ans :	Retraite anticipée.
Il y a cinq ans, à l'âge de 51 ans :	Dernière visite chez votre ancien MF.
Il y a 28 ans, à l'âge de 28 ans :	Naissance de votre fille, MADELEINE .
Il y a 30 ans, à l'âge de 26 ans :	Naissance de votre fils, ROBERT .
Il y a 31 ans, à l'âge de 25 ans :	Mariage avec RENÉE .
Il y a 56 ans :	Naissance.

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

Énoncé initial	« Ma femme a pris ce rendez-vous à ma place pour que je vous consulte. D'après elle, je dois surveiller l'état de mon cœur »
Lorsqu'il reste 10 minutes* Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question de la dépression, il faut dire : <Pour être honnête, on m'a remis des médicaments à l'hôpital mais j'ai arrêté de les prendre>.
Lorsqu'il reste 7 minutes* Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question de l'infarctus du myocarde, il faut dire : <Pensez-vous que j'aurai une autre crise cardiaque bientôt?> (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 : NÉCESSITÉ D'UNE PRISE EN CHARGE POST-IM

1 ^{er} problème	Vécu des symptômes
Les points à couvrir sont : 1. Antécédents : • IM il y a trois mois. • A passé une angiographie rapide avec mise en place de stent. • Hospitalisation de cinq jours. • On lui a dit que son cœur avait été endommagé. • On lui a dit qu'il ne présentait pas d'insuffisance cardiaque. 2. Facteurs de risque : • Décès subit de son père à l'âge de 50 ans. • Il a recommencé à fumer. • Aucun antécédent de diabète. • Aucun symptôme avant son IM. 3. Après l'hospitalisation: • On lui a prescrit des médicaments contre le cholestérol et l'hypertension, de l'acide acétylsalicylique et du clopidogrel (Plavix). • Il a vu le cardiologue il y a deux mois. • Résultats négatifs du test à l'effort avant son congé de l'hôpital. • Aucune récurrence de douleur à la poitrine. 4. Aucune réadaptation cardiaque	Description du vécu des symptômes par le patient. Vous redoutez d'avoir une autre crise cardiaque. Vous vous considérez comme invalide. Vous étiez en bonne santé et maintenant vous êtes malade. Vous avez cessé de faire de l'exercice et vous n'avez plus d'activités sexuelles. Vous n'avez aucune attente pour cette visite « Je suis venu à cause de ma femme ».

	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 : DÉPRESSION

2 ^{er} problème	Vécu des symptômes
Les points à couvrir sont : 1. Caractéristiques diagnostiques: • Aucun antécédent de dépression. • Trouble du sommeil. • Perte d'intérêt pour les activités. • Perte d'appétit. • Perte de libido. 2. Risques de suicide: • Aucune caractéristique psychotique. • Il a souhaité mourir. • Pas de projet de suicide. • Aucune arme à feu à la maison. 3. Autres facteurs pertinents: • Quantité d'alcool consommé – une à trois boissons par semaine. • Aucune utilisation de substance illicite. • Aucuns antécédents familiaux de maladie psychiatrique. 4. Essayer d'exclure les causes médicales de la dépression (ex. : maladie thyroïdienne, tumeur maligne).	Description du vécu des symptômes par le patient. Vous vous sentez déprimé et désespéré. Vous pensez qu'il est normal de se sentir ainsi après une crise cardiaque. Vous ne prenez pas la peine de vous habiller le matin. Ainsi, vous n'avez aucune attente pour cette visite.

	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. Problèmes liés à la retraite : - Il a prévu une retraite anticipée. - Le travail ne lui manque pas. - Il espérait continuer d'être actif après sa retraite. - Il n'est pas en mesure d'être réengagé. 2. Inquiétudes d'ordre financier : - Il a perdu une partie de ses revenus de placement pour la retraite. - Sa femme travaille encore. - Sa femme ne souhaite pas prendre sa retraite. - Il ne peut pas voyager. 3. Soutiens sociaux : - Sa femme s'impatiente avec lui. - Il s'est isolé de ses amis. - Son fils vient le voir moins souvent. - Sa fille prévoit de venir bientôt.	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 : « Monsieur ÉTHIER, je comprends votre désarroi. Vous espériez vivre une retraite heureuse et en bonne santé, et voilà que vous avez des préoccupations financières imprévues et des problèmes de santé. Il est normal de se sentir un peu déprimé dans cette situation, mais je veux vous assurer que nous pouvons travailler ensemble pour vous aider à sortir de là. »

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 pas 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 : NÉCESSITÉ D'UNE PRISE EN CHARGE POST-IM

Plan pour le 1 ^{er} problème	Trouver un terrain d'entente
Les points à couvrir sont : 1. Expliquez la nécessité pour le patient de recommencer à prendre ses médicaments. 2. Sondez sa volonté d'abandonner le tabagisme. (Il n'a pas encore pris de résolution.) 3. Demandez à voir les dossiers de l'hôpital ou le rapport du cardiologue. 4. Suggérez la réadaptation cardiaque.	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 : DÉPRESSION

Plan pour le 2 ^e problème	Trouver un terrain d'entente
Les points à couvrir sont : 1. Établissez qu'il s'agit d'une dépression. 2. Expliquez que la dépression est courante après un épisode cardiaque ou une maladie grave. 3. Faites savoir que des médicaments peuvent être utiles pour prendre en charge la dépression, ou suggérez une psychothérapie ou du <i>counselling</i>. 4. Déterminez une marche à suivre si le patient devient suicidaire.	Les comportements témoignant de la volonté de trouver un terrain d'entente ne se résument pas à ce que le candidat demande au patient s'il a des questions après lui avoir présenté un plan de prise en charge. La recherche d'un terrain d'entente se manifeste par le fait que le candidat favorise les échanges avec le patient, lui donne plusieurs fois l'occasion de poser des questions, l'invite à dire ce qu'il pense, demande des éclaircissements, vérifie s'il y a consensus, et reconnaît les hésitations ou les objections du patient, et y répond le cas échéant. Les examinateurs doivent évaluer la capacité du candidat à trouver un terrain d'entente sur la base des comportements dont il fait preuve au cours de l'entrevue.

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

6. Structure et déroulement de l'entrevue

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

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

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

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

Annexe 1 : Instructions normalisées aux candidats

1. Format

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

2. Notation

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

3. Durée

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

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

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

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

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

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

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

Pensez à :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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