
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 4

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° 4

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

- 1. un reflux gastro-œsophagien;**
- 2. une dépendance au jeu.**

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

Le candidat prendra connaissance de l'énoncé suivant :

LE PATIENT

Vous allez rencontrer M. BENOÎT SIOUX, 42 ans, un nouveau patient.

DESCRIPTION DU CAS

Introduction

Vous êtes M. **BENOÎT SIOUX**, vous avez 42 ans et vous travaillez dans une brasserie. Vous êtes un nouveau patient. Le dernier médecin de famille (MF) que vous avez vu, le **D^r TRÉPANIER**, ne veut plus vous revoir. Vous vous plaignez d'une sensation de brûlures derrière la poitrine, et vous aimeriez que le candidat voie s'il peut vous aider à régler ce problème.

Vous êtes également conscient que vous avez un problème de jeu excessif. Vous n'êtes pas convaincu que ce MF puisse vous aider à résoudre ce problème.

HISTOIRE DU PROBLÈME

1^{er} problème

Reflux gastro-œsophagien

Vous éprouvez une sensation de « brûlures » derrière la poitrine depuis environ 12 mois. Cette sensation n'est pas toujours présente et, vous avez parfois l'impression qu'elle a disparu pour de bon. Toutefois, elle réapparaît après un jour ou deux, et semble provenir du haut de l'estomac. Elle s'exagère peu de temps après les repas et, à cause de votre mode de vie, vous mangez à des heures très irrégulières. Les repas gras semblent être les pires. Vous avez également remarqué que la douleur s'intensifie lorsque vous vous allongez; à deux ou trois reprises, vous avez été réveillé la nuit par une sensation de brûlures à la poitrine et un goût amer et acide dans la bouche. Le café noir que vous prenez le matin, parfois avec une barre de chocolat, semble également exagérer les symptômes.

La douleur survient brusquement, et la sensation de brûlures est vive. Elle persiste pendant plusieurs heures. Elle n'irradie ni vers le dos ni vers le bras, mais vous avez parfois l'impression qu'elle se dirige vers l'arrière de la gorge.

Vous n'avez pas perdu de poids. Vous n'avez pas vomi de sang. Vos selles n'ont pas changé de couleur, et vos habitudes intestinales n'ont pas changé. Vous ne vous sentez pas essoufflé au moment de la douleur, bien qu'il vous arrive souvent de vous faire réveiller par une toux sèche et spasmodique. Vous avez également remarqué que, depuis les quatre derniers mois, votre voix était devenue légèrement enrouée. Parfois, vous avez la nausée, mais sans vomissements.

Vous n'avez jamais eu de palpitations, de douleur écrasante à la poitrine ni de sudation. La douleur n'est pas exagérée par la marche ni par l'exercice physique. Vous n'avez jamais présenté d'œdème ou de douleurs au niveau des jambes, et vous n'avez jamais toussé et craché de sang. Vous n'avez ni fièvre ni frissons. Vous n'avez pas modifié votre régime alimentaire ni fait de voyage à l'étranger. Vous n'avez pas de difficulté à avaler.

Vous n'avez pas de problème médical connu. Vous n'avez jamais subi d'intervention chirurgicale. À votre connaissance, vous n'avez aucune intolérance alimentaire. Vous n'avez pas d'antécédents familiaux de troubles intestinaux ou de maladie cardiaque. Votre poids est stable. Vous n'avez jamais subi de traumatisme abdominal ou thoracique.

Récemment, vous avez acheté, à la pharmacie locale, des comprimés de carbonate de calcium (Tums) qui semblent vous soulager temporairement. Le verre de lait que vous prenez à l'occasion le matin avant d'aller travailler semble également vous soulager. Toutefois, les symptômes réapparaissent après environ 30 minutes.

Un représentant syndical de la brasserie a remarqué que vous preniez beaucoup de Tums durant la journée, et il vous a dit que vous aviez des « brûlures d'estomac ». Il vous a dit également que son père avait souffert de « brûlures d'estomac » pendant de nombreuses années avant que les médecins se rendent compte qu'il s'agissait en fait d'angine de poitrine. Il vous a suggéré de consulter un médecin à ce sujet, lequel vous a recommandé de consulter le Dr Trépanier. Le terme « brûlures d'estomac » ne vous effrayait pas particulièrement, mais, depuis que votre représentant syndical vous a fait ces commentaires, vous craignez qu'il s'agisse de votre cœur. Après tout, on a tous entendu des histoires de gens qui avaient des maux d'estomac et des douleurs à la poitrine, et la première chose que l'on a su, ils ont été opérés à cœur ouvert ou ils sont décédés parce que les médecins avaient mis trop de temps à poser le bon diagnostic.

Vous allez rarement chez le médecin mais, il y a environ neuf mois, vous êtes allé consulter votre MF à ce sujet. Il vous a demandé de passer quelques tests de sang et un type de radiographie particulier, au cours duquel on vous donnerait une sorte de liquide à boire qui permettrait de visualiser le contour de votre estomac. Il devait vous revoir plus tard pour vous donner les résultats et vous proposer des possibilités de traitement. Vous ne vous êtes jamais présenté pour subir les examens de sang et l'examen radiologique. Bien que vous ayez pris trois autres rendez-vous pour voir le Dr Trépanier, vous ne les avez jamais respectés ni appelé pour les annuler. Vous aviez l'impression que le médecin ne semblait pas réellement intéressé par votre état cardiaque; « d'autres choses » (p. ex., des petites virées au casino local) semblaient vous intéresser davantage. Malheureusement pour vous, la clinique avait pour politique d'éliminer les patients qui « ne se présentaient pas » à leur rendez-vous après plusieurs fois et, il y a un mois, vous avez reçu une lettre vous demandant de vous chercher un autre MF.

À votre connaissance, aucun membre de votre famille n'a eu de problèmes cardiaques, et vous n'avez pas trop d'embonpoint. Toutefois, vous FUMEZ et vous faites très peu d'exercice physique, sauf lorsque vous marchez pour rentrer chez vous le soir.

À part le fait que vous avez besoin de prendre de grandes quantités de Tums en travaillant, ceci ne nuit pas vraiment à votre travail. La douleur vous réveille la nuit de façon intermittente, ce qui vous incommode et vous force à boire davantage de café noir le lendemain. Dans l'ensemble, le terme « angine de poitrine » vous a fait faire un peu d'anxiété et ceci vous inquiète pour les années à venir. Vous aimeriez que l'on vous dise que votre cœur est normal, et peut-être avoir quelque chose contre la douleur. Vous ne refuseriez pas d'avoir des conseils pour changer votre mode de vie, d'autant plus que vous commencez à penser que ces changements auraient dû se produire il y a déjà un bon moment. Vous aimeriez trouver un médecin qui vous rassure au sujet de votre état cardiaque et qu'il vous fournisse peut-être le « petit coup de pouce » dont vous avez besoin pour changer votre mode de vie. Si vous avez des problèmes cardiaques, peut-être devriez-vous rétablir les ponts avec vos proches avant qu'il ne soit trop tard. Vous ne les avez pas vus depuis très longtemps et vous ne téléphonez à votre mère que très rarement.

Vous avez une demi-journée de congé par semaine, plus les weekends; pour cette raison, vos rendez-vous doivent être pris durant ce temps-là. Tous les rendez-vous des examens qui vous avaient été prescrits étaient prévus durant ces temps libres, mais vous n'avez pas pu les respecter parce que vous avez d'autres activités. Depuis que vous avez reçu la lettre du médecin, vous commencez à vous demander si ces activités ne seraient pas trop « obsessives » et nuisibles à votre mode de vie.

2^e problème

Dépendance au jeu

Il y a deux mois, votre fille, **GINETTE GRÉGOIRE**, vous a écrit pour vous inviter à la cérémonie de remise des diplômes d'études secondaires qui aura lieu dans six semaines. Vous n'avez jamais rencontré votre fille, bien qu'elle soit très proche de vos parents; cette lettre vous a incité à vous demander s'il ne vous faudrait pas rétablir les ponts avec elle et avec le reste de votre famille. Toutefois, vous avez de graves problèmes financiers.

À chaque demi-journée de congé, tous les soirs et la majorité du temps les weekends, vous allez à un casino qui a des « machines à sous » destinées au grand public. Vous pouvez passer plusieurs heures de suite devant ces machines et, lorsque vous êtes « en train de gagner », vous semblez perdre toute notion du temps. Il y a quelques années, avant que la loi ne change, vous fumiez sans arrêt pendant presque toute la soirée; maintenant, vous prenez une « pause-cigarette » à l'extérieur de l'établissement à toutes les heures ou à peu près, et vous avez ainsi diminué votre consommation de 10 à cinq cigarettes par soirée. Certains soirs, alors que vous êtes vraiment « en train de gagner », vous ne fumez pas du tout. Vous buvez ou mangez rarement.

Vous prenez parfois une bière simplement pour étancher votre soif causée par l'environnement surchauffé, mais vous n'en prenez jamais plus d'une par soirée. La bouteille de bière est utile pour « réserver » la machine à laquelle vous jouez lorsque vous sortez à l'extérieur pour fumer. Elle empêche également les serveuses de vous déranger sans arrêt. Parfois, vous touchez à peine à votre bière. Vous N'AVEZ PAS de problème de consommation d'alcool. En rentrant chez vous, tard dans la nuit, vous vous achetez souvent un hot-dog (avec oignons et sauce chili de préférence) dans un dépanneur ouvert toute la nuit et vous le mangez en marchant. Vous habitez à environ deux kilomètres du casino, et ainsi il n'est pas trop difficile de rentrer à pied.

Si vous sortez très tard, par exemple jusqu'à deux heures du matin, vous n'avez que quatre heures de sommeil, parce que vous commencez à travailler à 8 h et que votre réveil est réglé pour 6 h 30. Ainsi, le déjeuner est une vraie course contre la montre; il est généralement composé d'un café noir et d'une barre de chocolat que vous avalez en vitesse avant de prendre l'autobus pour aller travailler. Si vous sortez tard deux soirs de suite (ce qui est généralement la norme maintenant), vous vous sentez très fatigué au travail et vous avez tendance à boire plus de café noir pour vous tenir éveillé. De façon intermittente, une ou deux fois par mois, vous prenez un comprimé d'ibuprofène pour soulager les maux et les douleurs musculaires.

Votre dépendance au jeu a débuté il y a environ cinq ans au moment où vous avez déménagé dans cette ville. Les jours de paye (les jeudis), vos collègues prenaient un autobus local et se rendaient dans un casino voisin. Il y avait abondance de machines à sous, et vous alliez vous asseoir à l'une d'elles et y jouer

pendant environ une heure ou deux avant que tous ne quittent l'établissement. Vous n'aviez personne de votre famille chez qui aller, seulement un petit appartement, et ainsi vous pouviez rester un peu plus longtemps, fumer quelques cigarettes et jouer plus longtemps avant de partir. Le premier appartement que vous avez eu était situé dans un joli quartier de la ville, et à ce moment-là vous n'aviez aucun souci financier; le retour à la maison en taxi finissait bien la soirée. Vous avez commencé à aimer les sorties du jeudi soir et, après un an, vous sortiez aussi presque tous les weekends.

Vous avez fini par très bien connaître certaines machines, et vous aviez certainement vos préférées. Certaines d'entre elles payaient davantage à certains moments de la soirée. Vous aviez une façon particulière de jouer à ces machines, qui changeait rarement de jour en jour. Au début, vos cigarettes étaient toujours à votre droite et vous déposiez 10 \$ (et pas moins) à la fois, et vous ne jouiez aux machines « nudge » ou « hold » que deux fois toutes les 30 minutes. Lorsque vous étiez en train de jouer, vous détestiez qu'on trouble votre concentration en vous parlant, en particulier lorsque vous étiez « concentré sur le jeu » et sur le point de gagner. Vous aviez les yeux de plus en plus fixés sur les machines et leurs lumières clignotantes et de moins en moins sur vos collègues. S'il vous arrivait d'être dérangé « au moment où vous alliez avoir un gros gain d'argent », vous ripostiez de façon grossière; puis vous quittiez l'endroit à cause de la « mauvaise ambiance » et de la perte de concentration. Vos collègues de travail ont appris peu à peu à garder leur distance, et ils essayaient de vous éviter plus souvent qu'autrement. Au bout de trois ans, vous n'aviez plus d'amis en ville. Ceci ne vous créait pas de problème, car maintenant vous étiez libre d'aller au casino TOUS LES SOIRS! Le bus vous amenait de la brasserie au casino, mais l'argent pour prendre un taxi devenait tout à coup de plus en plus difficile à trouver. Vos économies vous ont un peu aidé, mais elles commençaient à s'épuiser. Vous avez quitté votre appartement de « grand standing » et vous avez en avez loué un dans un quartier défavorisé et moins cher de la ville. Comme par hasard, l'appartement était situé à deux kilomètres seulement du casino, ce qui a certainement influencé votre choix. Quelques mois après avoir déménagé dans ce nouveau quartier, vous alliez au casino tous les soirs, chaque demi-journée de congé et tous les weekends.

La plupart du temps vous perdez, et souvent (environ une fois par semaine), vous oubliez de mettre de l'argent de côté pour vous acheter quelque chose à manger sur le chemin du retour; vous passez alors toute la soirée sans manger. Lorsque vous gagnez, vous vous sentez grisé, euphorique et excité, et ceci vous procure une sensation extraordinaire. Vous la décrivez comme une « montée d'adrénaline ». Cette sensation de montée d'adrénaline est ce qui vous pousse à retourner au casino. Immédiatement après fait un gain, vous remarquez que vous sentez le besoin d'augmenter votre montée d'adrénaline en misant davantage; auparavant, vous quittiez toujours après avoir fait un gain. Maintenant, même lorsque vous perdez et que vous vous apprêtez à quitter le casino, une partie de vous-même veut revenir sur les lieux pour jouer juste une autre fois! Les gains et les montées d'adrénaline ne surviennent environ qu'une fois par semaine et, le lendemain, vous adorez faire part de votre succès à tous vos collègues! Si vous perdez, ce qui est la norme, vous ne leur dites pas. À cause de votre indécatesse envers vos collègues au moment où vous jouez aux machines, vous n'avez en fait que très peu d'amis au travail, de sorte que vous n'avez plus autant de plaisir à en parler qu'auparavant.

Les premiers mois où vous alliez au casino, le jeudi soir vous ne dépensiez que 10 à 20 \$. Maintenant, il vous arrive de dépenser de 50 à 100 \$ en une soirée. Il vous en coûte maintenant le double à chaque jour du weekend. Dans les derniers mois, il y a eu une ou deux soirées où vous avez perdu jusqu'à 150 \$. Une fois par semaine vous êtes « gagnant », une fois par semaine vous êtes perdant et le reste du temps vous avez environ 50 \$ de moins au moment où vous quittez le casino. Lorsque vous partez ces soirs-là, vous ressentez le besoin de retourner et de jouer juste une autre fois...

Depuis 18 mois, vous jouez aux machines à sous tous les soirs, et vous avez à peine assez d'argent pour payer votre loyer et vous nourrir convenablement. Vos dépenses mensuelles peuvent atteindre jusqu'à 2 000 \$. Vous gagnez un peu moins de 6 000 \$ par mois avant impôt. Les banques ont cessé de vous accorder des prêts à court terme parce que vous n'avez pas pu respecter vos engagements à deux reprises (500 \$ à chaque fois). En plus, votre carte de crédit a été annulée il y a dix mois pour la même raison. Vous remboursez peu à peu la banque et la carte Visa en faisant les paiements mensuels requis et, jusqu'à maintenant, vous n'avez pas été forcé de déclarer faillite. Vous n'avez jamais emprunté d'argent de vos collègues ni accepté d'offres d'avances de fonds à faible taux d'intérêt de sources suspectes. Vous êtes trop gêné pour demander de l'argent à votre mère. Vous n'avez jamais vendu de drogues illicites, mais vous avez vendu votre télé, votre lecteur DVD et votre ordinateur pour obtenir une rentrée d'argent rapide. Vous n'avez plus de ligne téléphonique, et vous faites vos appels à partir de téléphones publics. Jusqu'à maintenant, vous n'avez rien fait d'illégal à part de ne pas avoir remboursé vos prêts comme convenu et d'être parfois en retard pour payer votre loyer. Actuellement, vous n'avez pas de dettes envers personne sauf pour la banque et la carte Visa.

Si, pour une raison ou une autre, votre travail vous empêche d'aller au casino, vous vous sentez impatient, agité et malheureux. Maintenant, pour éviter de d'avoir cette sensation, vous allez directement au casino après le travail.

Toutes les semaines, vous achetez un billet de Loto 6/49. Dans votre appartement, il y a de nombreux talons d'anciens billets de jeu. Il y en a dans chaque pièce, dans chaque tiroir et même dans des boîtes cachées sous le lit. Vous choisissez toujours les mêmes chiffres, et un jour ces chiffres SERONT des chiffres gagnants. Vous croyez fermement qu'un jour vous gagnerez LE GROS LOT, et que cela vous permettra de vous débarrasser de la totalité de vos dettes.

Vous N'ÊTES PAS déprimé.

La lettre de votre dernier médecin, l'annulation de votre carte de crédit, les commentaires de votre propriétaire et de votre représentant syndical, et les lettres de la banque, tout cela vous a fait réaliser que vous aviez peut-être un problème. La lettre de votre fille vous a donné un « but » à atteindre, car vous aimeriez beaucoup aller la voir. Vous n'avez pas d'amis à qui parler, et par conséquent le rendez-vous chez le médecin peut être une bonne occasion d'obtenir des renseignements sur la façon de modifier votre mode de vie. Vos patrons ne semblent pas vous aimer, et vos collègues ne veulent plus vous parler. Vous désirez changer, mais vous ne savez pas comment faire et vous n'êtes pas sûr que le médecin puisse faire quelque chose pour vous.

Antécédents médicaux

Vos antécédents médicaux ne présentent aucune particularité. Vous allez rarement chez le médecin.

Antécédents chirurgicaux

Vous n'avez jamais subi d'intervention chirurgicale.

Médicaments

Vous prenez de l'ibuprofène (de un à deux comprimés par mois environ) pour soulager des malaises et des douleurs se manifestant par intermittence. Ces derniers temps, vous prenez des Tums.

Résultats pertinents d'analyses de laboratoire

Aucun.

Allergies

Aucune.

Immunisations

À jour.

Problèmes liés au mode de vie

Tabac :	Vous fumez depuis l'âge de 16 ans. Au début, vous fumiez environ 25 cigarettes par jour; maintenant, vous en fumez cinq par jour.
Alcool :	Vous buvez une bouteille de bière légère (4 % d'alcool) par jour.
Caféine :	Chaque matin, vous buvez plusieurs tasses de café fort.
Cannabis :	Aucun.
Substances récréatives ou autres :	Vous ne faites pas usage de drogues illicites.
Alimentation :	Fréquents « plats préparés »
Activité physique et loisirs :	Vous ne faites presque pas d'exercice physique. Le seul exercice que vous faites, c'est marcher pour revenir du travail ou du casino.

Antécédents familiaux

Vous ne savez pas s'il y a de la maladie dans la famille. Votre père et votre frère fumaient une cigarette après l'autre, buvaient beaucoup et avaient tous deux des tempéraments violents. Le frère de votre père, **PIERRE**, était toujours celui qui « mettait de l'ambiance » dans une fête; il avait plein de trucs pour « s'enrichir rapidement » et apparemment il était toujours entouré de jolies filles.

Vous pensez qu'il a été déclaré « maniaco-dépressif » avant que vous ne quittiez la maison familiale.

Il n'y a pas d'antécédent de maladie cardiaque dans la famille.

Personne de votre famille n'a eu de problème de jeu, et à part la dépendance à l'alcool et à la nicotine, il n'y a pas d'antécédent de toxicomanie.

Famille d'origine

Vous étiez le plus jeune de deux garçons d'une famille de classe moyenne. Votre père, **GÉRARD**, était métallurgiste; il devenait violent lorsqu'il était ivre et il battait souvent ses enfants et sa femme. À votre grand désespoir, votre mère, dont vous étiez très proche, soutenait toujours votre père - même lorsqu'elle présentait des traces de coups au visage.

Votre mère, **GINETTE**, est née dans l'est du Québec, et ainsi vous avez la double nationalité canadienne et américaine, comme elle. Elle a rencontré votre père lors d'un voyage de camping aux États-Unis, et elle a déménagé pour le rejoindre à la fin des années 1950.

Votre frère **LUC** et vous-même êtes nés à Pittsburgh. Luc était de cinq ans votre aîné. Votre mère a fait plusieurs fausses-couches avant votre naissance.

Vous n'avez pas tellement de bons souvenirs de votre enfance; le retour de votre père ivre à la maison après son quart de travail de l'après-midi à l'aciérie et les scènes de ménage qui s'ensuivaient sont pratiquement les seuls que vous avez. Vous avez quitté l'école secondaire dès que vous avez pu et êtes entré à l'aciérie, qui était en pleine croissance à cette époque-là, exactement comme l'avait fait votre père une génération plus tôt et votre frère cinq ans plus tôt. Luc, comme votre père, buvait beaucoup. Il menait une vie « désordonnée », travaillait fort et s'amusait encore plus.

L'exemple que vous a donné votre père vous a appris à toujours vous méfier de l'alcool et de ses conséquences, mais (à cette époque-là) vous sortiez parfois avec Luc et ses collègues de travail le vendredi soir, après le jour de paye.

Les autres à l'aciérie avaient une grande admiration pour Luc à cause de son charme, son charisme, son physique imposant et son énorme capacité à absorber de l'alcool! Après une soirée particulièrement bien arrosée, il a tenté de rentrer chez lui en voiture et a subi un terrible accident. Il semble qu'il conduisait à vive allure alors qu'il était en état d'ébriété avancé, et qu'il a perdu le contrôle de sa voiture. Il a frappé un pilier de ciment et, selon le coroner, il s'est tué sur le coup. Ce décès subit et les raclées dont votre mère était victime vous ont incité à quitter la maison pour de bon.

Mariage/relations

Luc est décédé à l'âge de 28 ans alors que vous en aviez 23. Vous viviez tous deux avec vos parents à cette époque-là, et vous aviez une relation « intermittente » avec **THÉRÈSE GRÉGOIRE**. Vous avez décidé d'emmener Thérèse et votre mère au Canada pour oublier les mauvais souvenirs et vous éloigner d'un

père alcoolique. Votre mère a alors accepté de vous suivre mais, après avoir passé quelques mois chez ses parents sur la côte Est, elle a changé d'idée et est retournée vivre avec votre père. Ce dernier avait promis de « s'amender » et de « changer ses habitudes » si elle revenait. Votre mère vous écrit à votre anniversaire et à Noël. Vous craignez que votre père vous tienne encore responsable de son départ, et vous avez peur de retourner chez vous. D'après les lettres de votre mère, votre père a obtenu de l'aide des médecins pour ses problèmes d'alcoolisme et de violence, et il a changé (tel que promis) depuis son retour. « Nous souhaitons tous les deux que tu reviennes à la maison », continue-t-elle de dire dans ses lettres. À chaque fois que vous recevez une lettre, vous lui téléphonez, la plupart du temps du travail, mais uniquement pour lui dire où vous habitez et que « vous allez bien ».

Enfants

Thérèse vous a quitté quelques mois après le départ de votre mère, vous laissant seul au Canada. Elle avait le mal du pays, s'ennuyait de ses parents et voulait retourner à Pittsburgh. À ce moment-là, votre relation n'était pas très bonne et l'argent manquait, et ce départ n'était pas complètement inattendu. Après son retour à Pittsburgh, elle vous a téléphoné pour vous dire qu'elle était enceinte. Plus tard, elle a donné naissance à une petite fille à qui elle a donné le nom de votre mère. Vous n'avez pas revu Thérèse depuis son départ, et vous n'avez jamais vu votre fille, bien qu'elles vous écrivent une fois par année. Thérèse ne s'est jamais mariée et maintenant elle travaille comme infirmière dans un petit hôpital en banlieue de Pittsburgh. Elle ne vous a jamais demandé d'argent ou un quelconque soutien. D'après la dernière lettre que vous avez reçue à Noël, votre fille est une adolescente qui réussit bien dans ses études au secondaire. Dans sa dernière lettre, Ginette vous a demandé si vous pourriez venir la voir lors de la cérémonie de remise des diplômes d'études secondaires qui aura lieu plus tard dans l'année. Thérèse et votre fille ont gardé contact avec vos parents et sont en très bonne relation avec eux.

Études et parcours professionnel

Vous avez quitté l'école à l'âge de 16 ans et vous êtes allé travailler dans le domaine de l'aciérie, comme l'avaient fait votre père et votre frère avant vous. Au début des années 1980, Pittsburgh était une ville en pleine croissance, et l'industrie automobile avait besoin de plus grandes quantités d'acier.

Votre situation familiale vous a poussé à quitter la maison. Au début, vous êtes allé habiter chez les parents de votre mère, qui vivaient encore sur la côte Est du Canada, mais vous n'y êtes resté qu'un mois ou deux. Puis vous avez pris un appartement là où le travail et l'argent vous ont attiré et, après que Thérèse et votre mère soient retournées aux États-Unis, vous avez commencé à travailler sur les quais pour les pêcheries de morue de la côte Est. Votre vie s'est déroulée sans histoire pendant quelques années jusqu'à ce que les approvisionnements en morue commencent à se faire rares, marquant ainsi le début des moratoires et de la réduction des effectifs des compagnies de pêcheries de l'Atlantique. En 1992, à l'âge de 25 ans, vous vous êtes retrouvé sans travail.

Par chance, l'année suivante, vous avez trouvé un emploi à la brasserie locale. Peu de temps après, l'entreprise a été rachetée par une grande multinationale. Depuis, vous travaillez dans l'industrie de la bière tout en gravissant les échelons de la hiérarchie un à un. Vous travaillez maintenant à l'usine, comme superviseur de l'embouteillage de la bière la plus populaire de la compagnie. Vous êtes allé partout où la compagnie vous a envoyé, et vous êtes arrivé ici il y a environ cinq ans. À cette époque-là, vous aviez une

certaine aisance financière, avec des économies d'environ 20 000 \$. Ainsi vous avez pu louer un bel appartement. Les choses ont bien changé depuis.

Maintenant, vous habitez dans un appartement de location qui n'est rien de plus qu'un salon, une salle de bain et une chambre. Vous n'avez ni télé ni câble, parce que vous ne pouvez tout simplement pas vous le permettre après avoir dépensé la plus grande partie de votre salaire et de vos économies en jouant. À deux reprises au cours de la dernière année, vous avez reçu un avis de votre propriétaire vous indiquant que vous étiez en retard dans le paiement de votre loyer (et que vous n'aviez pas donné la totalité de la somme requise); il aimerait que vous quittiez l'appartement pour pouvoir le nettoyer et le louer à meilleur prix.

Vous êtes souvent en retard au travail et, lorsque vous êtes fatigué, vous passez une bonne partie de la journée à boire du café noir. Vous faites des « pauses-cigarettes » dans une aire pour fumeurs à l'extérieur de l'usine d'embouteillage. Lorsque vous avez commencé à travailler à cet endroit, plusieurs employés se rendaient fumer dans cette aire, mais maintenant vous êtes le seul à y aller. La direction aimerait que les employés ne fument plus sur le lieu de travail. Vous avez réduit votre consommation de cigarettes de façon considérable; vous n'en fumez que cinq par jour environ. Certains jours, vous ne fumez pas du tout. Malgré cela, vos retards au travail et vos nombreuses absences à l'usine ont forcé la haute direction à vous envoyé deux lettres « d'avertissement » dans la dernière année. Vous avez l'impression, d'après le ton des lettres, que la direction ne détesterait pas vous renvoyer, mais ce n'est qu'un pressentiment. Votre représentant syndical vous a défendu à chaque fois, mais il vous a également laissé entendre que vous devriez sérieusement penser à consulter un médecin au sujet de vos « brûlures d'estomac ». Il vous a aussi suggéré de faire faire un bilan de santé parce que vous êtes en train de devenir une « vraie loque humaine ». Ces commentaires vous ont ébranlé, et vos craintes ont grandi lorsque vous avez reçu la lettre de votre ancien MF vous avisant de vous trouver un nouveau médecin.

La brasserie a connu récemment une forte augmentation de la demande pour ses produits, et a demandé à ses employés de faire des quarts de travail supplémentaires de sorte que la production fonctionne 24 heures sur 24. Le temps supplémentaire est payé temps DOUBLE, mais le fait de rester plus longtemps au travail vous rend anxieux et agité parce que, pendant ce temps, vous pourriez être au casino et gagner le « gros lot ».

Finances

Vous gagnez 39 \$ de l'heure et travaillez 4 jours 1/2 par semaine. Maintenant, vous êtes très serré parce que vos dépenses au casino vous laissent pratiquement sans le sou. Vous n'avez pas d'économies, et vous avez vendu tous vos objets de valeur. Une fois l'impôt et vos dépenses de jeu acquittés,

il vous reste à peine ce qu'il faut pour payer le loyer (500 \$ par mois dans l'une des banlieues les plus défavorisées).

Votre employeur met de l'argent dans des fonds de pension pour ses employés depuis de nombreuses années. Jusqu'à maintenant, vous n'avez pas touché à cet argent. Vous avez également une bonne assurance médicale et dentaire.

Réseau de soutien

Votre réseau de soutien est peu important. Vos collègues de travail n'osent pas vous adresser la parole parce que vous êtes du genre solitaire. Lorsqu'ils s'approchent de vous au casino après la journée de travail, vous êtes « concentré sur le jeu » et détestez vous faire déranger. Ils sont tous mariés et ont tous une famille, ce qui est loin d'être votre cas. Tous vos proches sont retournés vivre à Pittsburg, y compris votre ex-petite amie et votre fille.

Avant de déménager ici, il vous arrivait de sortir avec des femmes à l'occasion, mais rien de sérieux. Auparavant, vous alliez voir des prostituées (pas dans cette ville), avec lesquelles vous avez toujours eu des relations sexuelles protégées. Comme vous passez maintenant vos soirées et vos weekends au casino, vous n'avez plus le temps d'avoir de relations stables.

Religion

Vous n'avez aucune affiliation religieuse.

DIRECTIVES DE JEU

Vous n'êtes pas rasé et vous avez l'air négligé. Vos vêtements sont ceux que vous portez pour travailler; ils sont chiffonnés et n'ont pas été lavés. Vous ne portez ni bijou ni bague. Vous êtes très timide, renfermé, et vous êtes mal à l'aise dans un contexte social. Ainsi, au début du rendez-vous, le contact visuel est difficile. Un candidat sympathique gagnera rapidement votre confiance, et vous rendra de plus en plus sociable et loquace.

Vous savez que votre vie est un gâchis. Vous acceptez TOUS LES conseils du médecin de bon cœur, parce qu'il s'agit de votre seul vrai contact social et que c'est l'occasion de raconter votre histoire. Un candidat empathique et sans parti pris réussira à vous faire parler et à vous faire raconter votre histoire au complet. Si le candidat pense que vous avez une dépendance et « qu'il n'y a plus d'espoir pour vous », vous aurez l'air renfrogné, vous répondrez par monosyllabes et vous resterez silencieux.

Comme vous n'êtes pas convaincu qu'un médecin soit quelqu'un qui puisse vous aider à résoudre votre problème de jeu et de « loque humaine », vous n'offrez pas spontanément ce renseignement aux candidats qui, dès le début de l'entrevue, « cherchent à en savoir plus long » sur un deuxième problème (p. ex., en demandant s'il y a autre chose dont vous voulez parler). En réalité, la raison pour laquelle vous êtes au bureau du candidat, c'est les brûlures d'estomac, et vous n'avez pas vraiment réfléchi à la façon dont vous pourriez aborder le sujet de votre mode de vie. Un bon candidat cherchera à savoir pourquoi votre ancien médecin vous a banni de sa pratique, et pourquoi vous n'êtes ni allé passer les tests prescrits ni allé aux rendez-vous de suivi; ce serait l'occasion idéale de parler de votre problème de jeu, en particulier si vous aimez le candidat. Sinon, à moins que le sujet ait déjà été mentionné, vous direz à 10 minutes, « Je pense que ma vie est gâchée »; ce sera le seul indice que vous donnerez.

Dans cette EMS, le candidat doit vraiment faire appel à une approche centrée sur le patient. L'empathie et le partage d'idées permettront de gagner votre confiance et ainsi de vous faire raconter votre histoire. Un candidat qui pose des questions fermées et directes et qui vous juge sévèrement n'aura que des réponses sous forme de monosyllabes et, par conséquent, ne réussira pas à relever les points clés.

Si le candidat vous pose la question, vous dites que vous n'avez jamais eu de différend avec votre ancien MF. Vous ne vous êtes tout simplement pas présenté aux rendez-vous.

Liste des personnages mentionnés

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.

BENOÎT SIOUX :	Le patient; il est âgé de 42 ans et travaille dans une brasserie, il souffre de reflux gastro-œsophagien et présente une dépendance au jeu.
GÉRARD SIOUX :	Le père de Benoît; il est âgé de 70 ans.
GINETTE SIOUX :	La mère de Benoît; elle est âgée de 67 ans.
LUC SIOUX :	Le frère de Benoît, qui est mort dans un accident de voiture il y a 19 ans, à l'âge de 28 ans.
PIERRE SIOUX :	L'oncle de Benoît.
THÉRÈSE GRÉGOIRE :	L'ex-petite amie de Benoît; elle est âgée de 40 ans.
GINETTE GRÉGOIRE :	La fille de Benoît et de Thérèse; elle est âgée de 18 ans.
D^r TRÉPANIER :	L'ancien MF de Benoît.

CHRONOLOGIE

Aujourd'hui :	Rendez-vous avec le candidat.
Il y a 1 mois :	« Êtes passé » chez le Dr Trépanier.
Il y a 2 mois :	Avez reçu une lettre de votre fille.
Il y a 9 mois :	La première fois que vous avez cherché de l'aide pour des brûlures d'estomac.
Il y a 10 mois :	Annulation de votre carte de crédit.
Il y a 11 mois :	En retard pour le paiement du loyer; avez reçu une lettre du propriétaire.
Il y a 1 an, à l'âge de 41 ans :	La première fois que vous avez noté que vous aviez des brûlures d'estomac.
Il y a 18 mois, à l'âge de 40 ans :	Avez commencé à aller plus souvent au casino.
Il y a 5 ans, à l'âge de 37 ans :	Avez déménagé ici et commencé à jouer aux machines à sous.
Il y a 16 ans, à l'âge de 26 ans :	Avez commencé à travailler dans l'industrie de la bière.
Il y a 18 ans, à l'âge de 24 ans :	Naissance de votre fille après que votre mère et votre petite amie soient reparties aux États-Unis; avez commencé à travailler dans l'industrie des pêches.
Il y a 19 ans, à l'âge de 23 ans :	Avez quitté la maison familiale en emmenant votre mère et votre petite amie au Canada, après le décès de votre frère.
Il y a 26 ans, à l'âge de 16 ans :	Avez quitté l'école secondaire et commencé à travailler dans l'industrie de la métallurgie.
Il y a 42 ans :	Né à Pittsburg.

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

Énoncé initial	<J'ai une douleur à la poitrine.>
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 dépendance au jeu, il faut dire : < Je pense que j'ai gaspillé ma vie. >.
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 votre douleur à la poitrine, il faut dire : <Pouvez-vous faire quelque chose pour soulager mes douleurs à la poitrine? (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 : REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

1 ^{er} problème	Vécu des symptômes
Les points à couvrir sont : 1. symptômes actuels : • Sensation de brûlures. • Intermittente. • Irradie vers la gorge. • Vous réveille la nuit. • Goût amer dans la bouche. 2. importants facteurs liés au mode de vie : • Intensifiée par le café et/ou les aliments gras ou épicés. • Soulagée par le lait et/ ou les Tums. • Fumeur. • Repas irréguliers. • Utilisation peu fréquente d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. 3. exclusion de toute maladie cardiaque : • N'est pas reliée à l'exercice physique. • Pas d'antécédents familiaux de troubles cardiaques. • Pas de diaphorèse. • Pas de dyspnée. • Pas de palpitations. 4. élimination des signes d'alerte : • Pas de perte de poids. • Pas de saignement digestif. • Pas d'antécédents familiaux de cancer du tube digestif.	Description du vécu des symptômes par le patient. Vous êtes inquiet que le problème soit un problème cardiaque. Bien que les symptômes n'entraînent aucune répercussion sur votre fonctionnement, vous espérez que le médecin s'assurera que votre cœur fonctionne bien.

	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 : DÉPENDANCE AU JEU

2 ^{er} problème	Vécu des symptômes
Les points à couvrir sont : 1. histoire du jeu : • A débuté il y a cinq ans. • Va au casino pour jouer aux machines à sous. • Ne mise pas sur les sports ou les jeux de cartes. • N'a pas de dépendance aux drogues. • N'est pas déprimé. 2. effet actuel du jeu : • Joue tous les soirs. • Dépense 2 000 \$ par mois. • Se sent euphorique lorsqu'il gagne. • Joue seul. 3. signes que le jeu est devenu un problème : • Sa carte a été annulée. • N'a pas respecté ses prêts bancaires. • Est en conflit avec son propriétaire. • Devient agité lorsqu'il ne peut pas aller au casino. • A épuisé toutes ses économies. 4. le fait qu'il n'a pas encore eu recours à des moyens illégaux pour obtenir des fonds.	Description du vécu des symptômes par le patient. Vous ressentez un sentiment de désespoir et vous vous rendez compte maintenant que le jeu est devenu un problème. Votre situation est désespérée sur le plan financier puisque vous n'avez pas d'argent pour aller à la cérémonie de remise des diplômes de votre fille. Vous voulez de l'aide pour résoudre votre problème de jeu, mais vous ne voyez pas comment cela peut se faire.

		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. histoire du travail : • Réside dans cette ville depuis cinq ans. • Travaille à l'usine d'embouteillage. • Bon salaire. • Plusieurs conflits avec la direction. • Syndiqué. 2. histoire familiale : • Sa famille vit aux États-Unis. • Rares contacts avec sa mère. • Antécédents familiaux d'alcoolisme. • Oncle maniac-dépressif. 3. facteurs sociaux : • N'a jamais vu sa fille. • N'a pas d'amis dans cette ville. • Sa fille lui a demandé d'assister à la cérémonie de remise des diplômes. • N'a pas de partenaire actuellement. 4. a possibilité qu'il a de faire du temps supplémentaire.	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 : « Ce que vous vivez actuellement, sans l'aide d'amis ou de la famille, doit être vraiment stressant. Essayons de trouver des façons de changer votre situation pour que vous puissiez aller à la cérémonie de remise des diplômes de votre fille. »

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 : REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN

Plan pour le 1 ^{er} problème	Trouver un terrain d'entente
Les points à couvrir sont : 1. Informer le patient qu'il souffre probablement de reflux gastro-œsophagien. 2. Rassurer le patient en lui disant qu'il est peu probable que ce soit un trouble cardiaque. 3. Lui suggérer de changer ses habitudes (p. ex., diminuer la consommation de café, réduire le tabagisme, surélever la tête de son lit, éviter les aliments épicés. 4. Considérer les traitements pharmacologiques.	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 : DÉPENDANCE AU JEU

Plan pour le 2 ^e problème	Trouver un terrain d'entente
Les points à couvrir sont : 1. Lui indiquer qu'il a un problème de jeu. 2. Lui offrir des renseignements sur les groupes de soutien (p. ex., counselling en dépendance, Joueurs anonymes.) 3. Lui offrir un suivi pour vérifier s'il a fait des progrès. 4. Discuter des propres stratégies du patient pour résoudre son problème de dépendance, comme tenir un journal, faire du temps supplémentaire, se trouver un passe-temps, etc. (Le patient doit admettre qu'il a un problème, et collaborer activement pour trouver des solutions.)	Les comportements témoignant de la volonté de trouver un terrain d'entente ne se résument pas à ce que le candidat demande au patient s'il a des questions après lui avoir présenté un plan de prise en charge. La recherche d'un terrain d'entente se manifeste par le fait que le candidat favorise les échanges avec le patient, lui donne plusieurs fois l'occasion de poser des questions, l'invite à dire ce qu'il pense, demande des éclaircissements, vérifie s'il y a consensus, et reconnaît les hésitations ou les objections du patient, et y répond le cas échéant. Les examinateurs doivent évaluer la capacité du candidat à trouver un terrain d'entente sur la base des comportements dont il fait preuve au cours de l'entrevue.

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

6. Structure et déroulement de l'entrevue

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

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

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

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

Annexe 1 : Instructions normalisées aux candidats

1. Format

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

2. Notation

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

3. Durée

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

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

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

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

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

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

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

Pensez à :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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