
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 6

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° 6

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

- 1. une thyroïdite;**
- 2. un syndrome post-commotionnel.**

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 Charles Potvin, 30 ans, un nouveau patient.

DESCRIPTION DU CAS

Introduction

Vous êtes M. CHARLES POTVIN, professeur de gymnastique âgé de 30 ans. Vous avez pris rendez-vous aujourd'hui car vous ne vous sentez pas bien et êtes inquiet à l'idée que quelque chose ne va pas.

Vous n'avez jamais réussi à trouver un médecin de famille (MF), mais un ami vous a recommandé celui-ci. Le MF de votre épouse et de votre fille ne prend plus de nouveaux patients.

HISTOIRE DU PROBLÈME

1^{er} problème

Thyroïdite

Il y a de cela presque un mois, vous avez contracté une infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) qui a duré près d'une semaine. Cela ressemblait à un rhume (congestion nasale, fièvre légère sans maux de gorge). Vous n'y avez pas accordé d'importance. Vous n'avez commencé à vous sentir mal que depuis deux semaines environ. Alors que vous participiez comme entraîneur à une partie de basketball à l'école secondaire où vous travaillez, il vous est devenu impossible de suivre la cadence. Vous avez senti que votre cœur battait rapidement, et que vous surchauffiez. Vous avez dû demander que quelqu'un vous remplace le temps de vous asseoir et de boire un peu d'eau froide. Le malaise est passé, mais vous avez commencé à craindre qu'il n'y ait quelque chose d'anormal. Depuis, il vous semble que votre cœur bat rapidement en tout temps. Dans la salle de gymnastique, une machine vous permet de lire votre tension artérielle et votre pouls : votre pouls au repos est d'environ 100 bpm. Avant cet incident, il aurait été compris entre 50 et 60 bpm. Même lorsque vous vous allongez sur votre lit, vous sentez votre cœur battre vite. Ce n'est pas un pouls épisodique; il est toujours rapide. Vous n'avez pas ressenti de douleur à la poitrine. Votre battement cardiaque ne semble pas irrégulier.

Le seul autre facteur que vous avez noté avec certitude est une douleur au cou. La douleur n'est pas atroce (3 sur 10), mais vous éprouvez un endolorissement lorsque vous bougez le cou ou que vous appuyez sur la partie antérieure du cou (autour de la pomme d'Adam). Vous ressentez comme un « étirement » ou un « bleu », mais vous ne vous souvenez pas d'avoir subi un traumatisme susceptible d'en être la cause. Personne n'a remarqué d'enflure à votre cou, mais celui-ci vous paraît tout de même plus enflé. Ce sont les deux seuls symptômes que vous pouvez décrire clairement, mais d'une manière générale, vous ne vous sentez pas bien. Vous en avez discuté avec votre épouse, **DANIELLE POTVIN**, qui vous a vivement incitée à prendre un rendez-vous chez un MF. Elle est inquiète à l'idée que vous souffriez d'un problème cardiaque. Elle vous a conseillé, en attendant de voir le médecin, de faire moins d'exercices et de « rester calme », ce qui n'est pas facile pour vous étant donné votre métier et vos intérêts.

Vous présentez d'autres symptômes mais ils sont plus subtils, et vous ne les mentionnerez que si le candidat vous pose des questions précises. Votre tolérance à l'effort est certainement réduite. Vous vous sentez fatigué beaucoup plus rapidement lorsque vous courez. Vous avez tout le temps faim, mais vous avez perdu quelques kilogrammes le mois dernier. Vous n'avez pas de diarrhée mais vous éliminez les selles plus souvent (« trois fois par jour »). Sur la peau, vous ressentez une chaleur et une sécheresse au toucher. Vos cheveux n'ont subi aucune altération depuis deux semaines. Vous n'avez pas de fièvre, mais votre femme vous trouve chaud — pas dans le bon sens du terme. En fait, voilà près d'une semaine que vous n'avez pas envie d'avoir de relations sexuelles, et cela ne vous ressemble pas. En bref, quelque chose ne va pas.

Vous n'avez jamais souffert de dépression ou d'anxiété, et vous êtes de bonne humeur. Vous n'avez jamais présenté d'enflure aux jambes, ni de douleur ou de boursoufflement autour des yeux. Vous n'avez pas remarqué de saillie aux yeux. Vous n'avez pas ressenti de douleur à la poitrine, de respiration sifflante ou d'essoufflements pendant la nuit ou au repos. Vous ne toussiez pas.

2^e problème

Syndrome post-commotionnel

Vous aimeriez discuter d'un autre problème avec le MF aujourd'hui. Vous souffrez de maux de tête de façon intermittente depuis cinq mois. Vous savez exactement quand les céphalées commencent. Vous faites partie d'une équipe de hockey amateur, que vous avez fondée avec des amis alors que vous étiez tous étudiants en éducation physique à l'université. Vous êtes un des défenseurs, et le jeu est très physique. Il y a cinq mois, vous avez été plaqué contre les planches, votre casque a volé, et vous vous êtes cogné la tête contre la glace. Vous ne vous rappelez pas du coup, et vous ne vous souvenez pas vraiment d'avoir été transporté à l'hôpital et examiné. On vous a appris que vous étiez resté inconscient pendant quelques minutes. La mémoire ne vous est revenue que plus tard dans la soirée, quand on vous a informé que votre examen de tomographie par ordinateur était normal et que vous pouviez rentrer chez vous. Votre épouse est venue vous chercher et vous a réprimandé pendant tout le chemin du retour pour n'avoir pas été plus prudent pendant la partie.

Vous n'avez pas présenté de vomissements juste après l'accident ni dans les jours qui ont suivi mais, depuis, vous avez fréquemment des maux de tête sourds. Ils ne sont pas complètement incapacitants. L'intensité de la douleur est de 5 sur 10. Vous pouvez encore effectuer votre routine quotidienne. Chaque épisode dure quelques heures et disparaît pendant la nuit. Depuis l'accident, vous dormez mal, mais ne croyez pas que ce soit dû aux maux de tête. Il semble seulement que votre sommeil est coupé par des éveils. Les céphalées ne sont pas associées à une faiblesse des membres, à un engourdissement ou à des troubles de la vision. Vous avez connu quelques épisodes de ce que vous décririez comme « des étourdissements ». Vous n'avez pas eu l'impression que la pièce tournait autour de vous, ni que vous étiez sur le point de vous évanouir. Il s'agissait plutôt d'une sensation vague, comme si votre tête avançait sans vous. Il n'y a pas eu de nausées ni de vomissements concomitants. Vous n'avez pas remarqué de changement en ce qui concerne l'équilibre. Les céphalées étaient quotidiennes au début, mais il vous semble que le problème s'améliore lentement. À présent, vous présentez des céphalées sourdes vers la fin de l'après-midi, deux ou trois fois par semaine. Vous n'en avez pas parlé à votre conjointe ni à

personne d'autre car vous vous doutez que Danielle s'inquiéterait ou (pire) vous empêcherait de jouer pendant le reste de la saison.

Depuis l'accident, vous avez certainement remarqué que vous avez plus de mal à vous concentrer. Vous devez lire le même paragraphe deux fois avant d'en comprendre la signification. Votre femme vous reproche constamment d'oublier certaines choses comme les listes d'épicerie et les rendez-vous. Vous avez dû abandonner un cours en ligne sur la communication pédagogique car vous n'arriviez pas à mémoriser le contenu. Vous avez également noté que l'utilisation prolongée d'un ordinateur aggravait vos maux de tête.

Vous ne voulez pas vraiment en parler, mais vous avez commencé à vous interroger sur les effets à long terme des coups fréquents à la tête. Vous avez lu des articles portant sur les blessures répétées à la tête et les risques de lésions à long terme.

Cela vous effraie un peu. Vous vous demandez s'il est possible que vous soyez atteint de démence précoce. Vos professeurs à l'université insistaient d'ailleurs sur l'importance de la protection de la tête des étudiants pendant les parties, et vous connaissez assez bien les dangers qu'impliquent ce genre de coups. Vous savez (intellectuellement) que vous devriez être plus prudent. Vous savez aussi que vous n'auriez pas dû reprendre si rapidement le hockey dans la semaine qui a suivi la commotion. Après tout, ce n'est pas la première fois que vous avez reçu un tel coup. Le hockey a toujours été votre passion et vous vous souvenez d'avoir essuyé plusieurs coups à la tête au secondaire. À l'université, lors d'une partie, vous avez reçu un coup qui vous a laissé inconscient et on a dû vous transporter à l'hôpital.

D'après vous, vous avez complètement perdu connaissance trois fois, et le coup à la tête était assez violent pour vous faire hospitaliser deux fois. À d'autres occasions, vous avez reçu des coups assez rudes pour vous faire « voir les étoiles » pendant quelques minutes. Cela dit, c'est la première fois que vous souffrez de céphalées de manière continue.

Vous avez essayé de ne pas modifier vos activités du fait de vos maux de tête, sinon en limitant le temps que vous passez devant l'ordinateur. Vous continuez de travailler à l'école, de donner tous les cours de gymnastique et d'entraîner des équipes de hockey et de basketball. Si vous étiez honnête avec vous-même, vous admettriez qu'il vous faudrait arrêter de jouer au hockey. Vous vous rappelez distinctement avoir appris dans vos cours à l'université que les coups répétés à la tête mettaient de plus en plus de temps à guérir. La politique de l'école est d'ailleurs très stricte en ce qui concerne les étudiants qui reprennent les cours d'éducation physique après un traumatisme crânien. Vous ne permettriez jamais à l'un de vos élèves de jouer après avoir subi un tel traumatisme, sauf s'il ou elle dispose d'une autorisation claire de la part d'un médecin. Vous dérogez à vos propres règles, mais renoncer au hockey vous priverait de l'un des plus grands plaisirs de votre vie. Ce serait aussi néfaste pour votre vie sociale, voire nuisible à votre carrière.

Vous n'êtes pas prêt à en discuter avec votre épouse. Vous savez qu'elle vous empêchera de rejouer à n'importe quel sport de contact.

Vous ne voyez aucun rapport entre la blessure à la tête et l'affection récente qui a fait augmenter vos battements cardiaques.

Antécédents médicaux

Vous avez toujours été en très bonne santé.

Antécédents chirurgicaux

Aucuns.

Médicaments

Actuellement, vous ne prenez aucun médicament. Vous avez essayé Tylenol et de l'AAS (Aspirine) pour vos maux de tête. Ces médicaments vous ont un peu aidé mais les céphalées ont réapparu, si bien que vous ne vous fatiguez plus à prendre quoi que ce soit.

Résultats pertinents d'analyses de laboratoire

Aucuns.

Allergies

Aucune connue.

Immunisations

À jour.

Problèmes liés au mode de vie

Tabac :	Vous n'avez jamais fumé.
Alcool :	Une fois par semaine, vous prenez deux bières avec vos coéquipiers après une partie de hockey. Danielle et vous buvez parfois un verre de vin à la maison pendant les repas. En moyenne, vous prenez probablement huit verres par semaine.
Caféine :	Vous buvez deux tasses de café par jour. Vous ne prenez aucune boisson gazeuse.
Cannabis :	None.
Substances récréatives ou autres :	Vous n'avez jamais consommé de drogues illicites.

Alimentation : Vous mangez « de tout ». Votre conjointe fait plus attention et essaie de vous astreindre à une alimentation équilibrée. Depuis quelque temps, vous vous sentez assez vorace et vous trouvez que vous mangez plus que d'habitude.

Activité physique et loisirs : Vous faites régulièrement de l'exercice en raison de votre travail, mais aussi parce que vous adorez les sports.

Antécédents familiaux

Vos parents sont en bonne santé. Votre grand-père paternel est mort d'une crise cardiaque à 80 ans. Vos autres grands-parents vivent encore. Vous ne pensez pas qu'il y ait des antécédents de problèmes de santé dans votre famille. Plus précisément, vous n'avez connaissance d'aucun cas de maladie de la thyroïde, de maladie psychiatrique ou de troubles neurologiques.

Famille d'origine

Vous avez un frère aîné et un frère cadet. Vous êtes né et avez grandi dans cette ville. Votre père travaille comme urbaniste pour la Ville. Il a un poste stable et un revenu raisonnable. Votre mère est enseignante. Elle a arrêté de travailler lorsque vos frères et vous étiez jeunes, mais elle a repris le travail lorsque votre frère cadet est entré à l'école.

Votre frère aîné, **PHILIPPE POTVIN**, a 32 ans. Il a étudié l'architecture à l'université dans une autre ville. À présent, il vit avec celui qui est son petit ami depuis quatre ans. Vous les voyez tous les deux à quelques mois d'intervalle lorsqu'ils rendent visite à vos parents. Votre frère cadet, **SAMUEL POTVIN**, a 28 ans. Il a étudié en gestion de restaurant, et il occupe à présent un emploi dans le restaurant d'un hôtel local. Il espère ouvrir son propre établissement un jour. Il s'est marié l'année dernière et vous le voyez, avec sa conjointe, au moins une fois par mois.

Mariage

Vous avez rencontré **DANIELLE** à l'université. Elle étudiait en affaires. Vous vous êtes fréquentés pendant deux ans et vous vous êtes mariés lorsque vous aviez 27 ans.

C'est un mariage très heureux. Vous accordez beaucoup d'importance au temps que vous passez avec votre femme et votre fille.

Enfants

Votre premier enfant, **MICHELLE POTVIN**, est née il y a un an. Danielle n'a connu aucune complication pendant la grossesse, le travail ou l'accouchement. Michelle est en bonne santé, elle va à la garderie pendant la semaine. Danielle et vous espérez avoir un autre enfant d'ici un an ou deux.

Études et parcours professionnel

Vous avez obtenu votre diplôme d'études secondaires avec des notes relativement bonnes, mais la plupart des disciplines universitaires ne vous intéressaient pas. Votre passion était les sports. Vous étiez le joueur vedette dans l'équipe de hockey de votre école secondaire, et depuis lors, il vous semblait tout naturel de faire des études pour devenir professeur d'éducation physique. Vous saviez que vous n'aviez pas le talent requis pour devenir un athlète professionnel, et l'enseignement vous offrait donc le moyen d'avoir un métier conforme à vos intérêts. Votre carrière universitaire s'est bien déroulée. Vous avez gagné le championnat provincial avec l'équipe de hockey de l'université. Une fois votre diplôme en main, vous avez eu la chance de trouver un poste immédiatement dans une grande école secondaire publique de la ville. L'école dispose d'une grande salle de gym et d'un département dynamique d'éducation physique. Vous n'êtes pas le seul professeur d'éducation physique à l'école, ce qui vous permet d'entraîner l'équipe de hockey du secondaire. Vous vous entendez bien avec les enfants et adorez votre métier.

Pour ce qui est des questions de santé, vous n'êtes pas aussi bien informé que vous devriez l'être. À l'université, vous avez certainement survolé la physiologie de l'exercice, les rudiments de la nutrition, les précautions touchant la sécurité, la psychologie du sport, etc., mais n'avez jamais accordé beaucoup d'importance à cet aspect de votre éducation. Par ailleurs, vous savez bien que votre métier et vos loisirs exigent que vous soyez toujours en bonne santé physique.

Finances

Il y a quelques mois, Danielle a retrouvé son poste de directrice dans une chaîne de magasins au détail. Vos deux salaires combinés suffisent amplement à couvrir les frais d'hypothèque de votre maison, vos dépenses courantes, et vos épargnes planifiées. Vous bénéficiez également d'une bonne assurance-salaire au cas où l'un de vous tomberait malade.

Réseau de soutien

Vous êtes quelqu'un de très apprécié. Vous avez beaucoup d'amis au travail, et de bons camarades dans l'équipe de hockey. Vous êtes également proche de votre femme et de vos parents. Cependant, vous ne voulez confier vos soucis de santé à personne. Pour une raison ou une autre, cela vous serait difficile.

D'autre part, vous ne voulez pas inquiéter vos parents, et vous craignez la réaction de votre épouse. Elle pourrait décréter que c'en est fini du hockey.

Vos coéquipiers au hockey ne sont pas du type à parler de leurs « bobos ». Autrement dit, vous avez beaucoup d'amis, mais aucun soutien réel en ce qui touche à ces problèmes précis. Vous savez que si vous tombiez vraiment malade ou étiez incapacité, votre conjointe, votre famille et vos amis seraient là pour vous, mais vous ne voulez pas envisager cette possibilité.

Religion

Vous êtes catholique non pratiquant.

DIRECTIVES DE JEU

Votre tenue vestimentaire est décontractée. Vous êtes diplômé de l'université et savez bien vous exprimer. Votre discours est direct et amical. Il vous est difficile de confier vos soucis de santé. Vous pourriez dire par exemple, en riant un peu : « Je me demande ce qui peut bien se passer! ». Un candidat habile vous fera admettre que vos **SENTIMENTS** incluent des inquiétudes concernant les deux problèmes.

Après la première incitation, le candidat vous demandera probablement ce que vous voulez dire par « battements cardiaques rapides ». Décrivez ensuite ce qui s'est passé sur le terrain de basketball, et dites que lorsque vous avez vérifié votre pouls au repos, il était rapide. Vous devez insister sur le fait que votre fréquence cardiaque est toujours rapide. Il ne s'agit pas d'un problème intermittent. (Nous ne voulons pas que les candidats s'inquiètent de palpitations épisodiques.) Par la suite, vous devez répondre simplement aux questions du candidat. Ne révélez pas volontairement les symptômes d'IVRS d'il y a un mois.

Vous n'avez pas d'**IDÉE** claire sur la cause possible de l'accélération de votre rythme cardiaque. S'agirait-il d'un problème cardiaque? Cela semble peu probable compte tenu de votre âge et de vos antécédents familiaux. En même temps, on entend souvent parler d'athlètes qui meurent subitement.

En ce qui concerne les maux de tête, votre **IDÉE** est qu'ils sont liés à la commotion : « Je me suis cogné la tête trop de fois. » Après la seconde incitation, le candidat vous demandera peut-être de décrire les céphalées. Vous pouvez lui rapporter les maux de tête sourds, intermittents, qui durent depuis cinq mois. Attendez que le candidat vous pose une question sur le traumatisme, ou qu'il s'enquière de vos idées avant de parler de la commotion. Vous vous sentez un peu coupable d'avoir recommencé à jouer au hockey si peu de temps après le traumatisme, et vous craignez d'être réprimandé par le MF.

Votre **FONCTIONNEMENT** est altéré par l'hyperthyroïdie. Vous avez dû sortir vous asseoir pendant une partie de basketball à laquelle vous participiez comme entraîneur. Les céphalées post-commotionnelles vous empêchent de vous concentrer. Vous avez dû abandonner un cours en ligne.

Vous êtes vraiment impatient de parler au MF aujourd'hui. Vos **ATTENTES** sont qu'il diagnostiquera la cause de l'augmentation de votre fréquence cardiaque, et qu'il vous rassurera en vous informant que vous n'êtes pas atteint de lésions permanentes au cerveau. Vous faites confiance aux médecins, et vous savez que vous aurez une meilleure idée de ce qui ne va pas.

Voici des exemples d'énoncés venant d'un candidat supérieur :

- « Vous êtes normalement en bonne santé. Cela doit vous inquiéter. »
- « Selon vous, que se passe-t-il? »
- « Vous avez vraiment besoin d'être physiquement actif à votre travail, et il est clair que le fait de quitter le banc d'entraîneur pendant une partie peut affecter votre vie professionnelle. Cela vous empêche-t-il de faire d'autres choses? »
- « Je suppose que vous aimeriez que je vous fasse passer des analyses pour déterminer ce qui se passe. »

Avec de telles propositions, un candidat supérieur soucieux du patient explorera habilement l'AVIS.

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.

CHARLES POTVIN : Le patient, 30 ans, professeur de gymnastique présentant des battements cardiaques rapides et des céphalées.

DANIELLE POTVIN : Épouse de Charles, 30 ans.

MICHELLE POTVIN : La fille de Charles et Danielle, âgée de un an.

PHILLIPPE POTVIN : Frère aîné de Charles, 32 ans.

SAMUEL POTVIN : Frère cadet de Charles, 28 ans.

CHRONOLOGIE

Aujourd'hui :	Rendez-vous avec le candidat.
Il y a 2 semaines :	Il a senti son cœur battre très vite et a dû quitter le banc d'entraîneur pendant une partie.
Il y a 4 semaines :	Il a présenté une affection virale légère.
Il y a 5 mois :	Il a subi une commotion alors qu'il jouait au hockey; depuis, il souffre de maux de tête.
Il y a 1 an :	Naissance de Michelle.
Il y a 3 ans :	Mariage avec Danielle.
Il y a 5 ans :	Rencontre avec Danielle.
Il y a 30 ans :	Naissance.

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

Énoncé initial	« Mon cœur bat très vite depuis deux semaines. »
Lorsqu'il reste 10 minutes* Facultatif, à n'utiliser que si vous le jugez nécessaire.	Si le candidat n'a pas soulevé la question des maux de tête, il faut dire : « Je me demande aussi si je pourrais vous parler de mes maux de tête. »
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 la thyroïdite, il faut dire : « Pensez-vous que je devrais m'inquiéter à propos de mon cœur? » (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 : THYROÏDITE

1 ^{er} problème	Vécu des symptômes
Les points à couvrir sont : 1. symptômes actuels : • Battements cardiaques rapides mais réguliers. • Douleur au cou. • Perte pondérale. • Diminution de la tolérance à l'effort. • Chaleur cutanée. 2. facteurs négatifs pertinents : • Aucune douleur à la poitrine. • Pas de fièvre. • Pas de traumatisme au cou. • Pas de consommation excessive de caféine. 3. questions connexes : • Pas d'ophtalmopathie. • Les cheveux n'ont subi aucune altération. • Aucun antécédent familial de maladie thyroïdienne. • Selles plus fréquentes. 4. infection virale des voies respiratoires supérieures il y a quatre semaines.	Description du vécu des symptômes par le patient. Vous êtes inquiet au sujet de vos symptômes parce que vous ne savez pas de quoi il s'agit. Récemment, vous avez dû quitter le banc d'entraîneur pendant une partie de basketball. Vous espérez que le médecin de famille vous dira ce qui ne vas pas.

	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 : SYNDROME POST-COMMOTIONNEL

2 ^{er} problème	Vécu des symptômes
Les points à couvrir sont : 1. histoire de la blessure à la tête : • Blessure au hockey il y a cinq mois. • Perte de connaissance. • TDM normale. • Amnésie. 2. facteurs négatifs pertinents • Pas de nausée ni de vomissements. • Pas de perte de l'équilibre. • Pas de scotome. • Aucune paresthésie. • N'a pas modifié ses activités. 3. historique des céphalées : • Douleur sourde. • Initialement, elles étaient quotidiennes; maintenant, elles surviennent deux ou trois jours par semaine. • Elles sont pires vers la fin de la journée. • Étourdissements. • Diminution de sa concentration/manque de mémoire. 4. à l'université, il a entendu parler des dangers à long terme liés aux commotions à répétition.	Description du vécu des symptômes par le patient. Vous inquiet et vous vous demandez s'il y a pu avoir une lésion permanente. Vous avez dû abandonner un cours en ligne. Vous espérez que le médecin de famille vous rassurera en vous disant que ce problème finira par disparaître.

	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. aspects liés au mode de vie : • Il travaille comme professeur d'éducation physique. • Il a une petite fille. • Il espère avoir un deuxième enfant. • Il entraîne une équipe de hockey à l'école. 2. facteurs sociaux : • Il a de bons rapports avec ses parents et ses frères. • Il ne confierait pas ses problèmes de santé à ses amis. • Son épouse travaille aussi. • À l'aise financièrement. 3. le hockey est un aspect très important de sa vie. 4. l'école a une politique concernant la reprise des activités après une commotion, qu'il doit mettre en pratique.	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 : « Le hockey est important pour vous, tant pour votre carrière que pour votre vie personnelle. Je comprends que ces maux de tête vous inquiètent car vous vous demandez si vous pourrez continuer à jouer au hockey. Après tout, vous n'avez pas informé votre conjointe de ces symptômes et vous savez qu'elle vous demandera d'arrêter de jouer. Vous vous doutez un peu qu'elle a raison, non? »

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 : THYROÏDITE

Plan pour le 1 ^{er} problème	Trouver un terrain d'entente
Les points à couvrir sont : 1. Suggérer qu'il peut s'agir d'un problème de thyroïde. 2. Effectuer un examen physique. 3. Planifier des analyses de laboratoire qui doivent inclure des tests de la fonction thyroïdienne. 4. Discuter des traitements pharmacologiques des symptômes, en cas de besoin.	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 : SYNDROME POST-COMMOTIONNEL

Plan pour le 2 ^e problème	Trouver un terrain d'entente
Les points à couvrir sont : 1. Confirmer qu'il peut être dû au traumatisme crânien. 2. Indiquer-lui qu'il doit cesser toutes ses activités physiques jusqu'à la résolution des symptômes. 3. Discuter de la nécessité d'éviter à l'avenir tout traumatisme crânien. 4. Envisager avec lui la manière de réorienter ses activités de loisirs et professionnelles de manière à éviter les sports de contact (p. ex., il peut être entraîneur de hockey à l'école sans jouer, et il peut pratiquer d'autres sports pour ses loisirs).	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.