

EXAMEN DE CERTIFICATION EN MÉDECINE FAMILIALE

EXAMEN - ENTREVUE
MÉDICALE SIMULÉE

ÉLÉONORE HÉBERT



LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA
EXAMEN DE CERTIFICATION EN MÉDECINE FAMILIALE
ENTREVUE MÉDICALE SIMULÉE

INTRODUCTION

L'examen de certification du Collège des médecins de famille du Canada veut mesurer les différentes connaissances, attitudes et habiletés requises chez les médecins de famille (MF). L'évaluation repose sur les quatre grands principes de la médecine familiale. Les Simulations cliniques écrites abrégées (SAMPs), qui constituent la composante écrite de l'examen, servent à mesurer les connaissances médicales et les habiletés de solution des problèmes. Les Entrevues médicales simulées (EMS), qui sont la composante orale de l'examen, évaluent les capacités des candidats à établir une relation efficace avec leurs patients en faisant preuve d'habiletés de communication active. L'important n'est pas de tester la capacité du candidat à poser un diagnostic médical et à administrer un traitement. Ensemble, les deux instruments servent à évaluer un échantillonnage équilibré du contenu clinique de la médecine familiale.

Le Collège croit que les médecins de famille qui utilisent une approche centrée sur le patient répondent de façon plus efficace aux besoins de leurs patients. La méthode de pondération des EMS témoigne de cette conviction. Elle est basée sur l'Approche clinique centrée sur le patient, méthode développée au Centre for Studies in Family Medicine, à l'Université de Western Ontario. Le principe fondamental de la méthode centrée sur le patient est l'intégration de l'approche traditionnelle axée sur la maladie (où la physiopathologie, la présentation clinique, l'histoire, le diagnostic et le traitement permettent de saisir la condition du patient) avec une appréciation des symptômes (malaises subjectifs), de ce que la maladie représente pour le patient en termes de réaction émotionnelle, sa compréhension de la maladie et comment celle-ci affecte son vécu. L'intégration de la compréhension de la maladie et des symptômes au niveau de l'entrevue, de la solution du problème et de la ligne de conduite est essentielle à l'approche centrée sur le patient. Cette approche sera plus efficace lorsque le médecin et le patient comprennent et reconnaissent la maladie et les symptômes.

Dans les EMS, les candidats doivent explorer les sentiments des patients, leurs idées, et leurs attentes entourant leur situation et identifier les répercussions sur le fonctionnement de l'individu. Les candidats sont aussi évalués sur leur volonté manifeste et leur capacité d'impliquer le patient dans l'élaboration d'un plan de traitement.

Les cinq EMS sont choisies de façon à représenter une variété de situations où les habiletés de communication sont particulièrement importantes pour aider les candidats à comprendre les patients et à les aider dans leurs problèmes.

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA
EXAMEN DE CERTIFICATION EN MÉDECINE FAMILIALE
ENTREVUE MÉDICALE SIMULÉE

SYNTHÈSE

Cette entrevue médicale simulée (EMS) veut mesurer la capacité du candidat ou de la candidate à prendre en charge le cas d'une patiente qui :

- 1. présente une toxicité aux opioïdes;**
- 2. pose des questions de fin de vie.**

La description du cas et la feuille de pondération vont préciser les sentiments, les idées et les attentes de la patiente ainsi qu'une approche acceptable de la prise en charge.

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA
EXAMEN DE CERTIFICATION EN MÉDECINE FAMILIALE
ENTREVUE MÉDICALE SIMULÉE
DIRECTIVES AU CANDIDAT

1. PRÉSENTATION

C'est le contexte d'une visite simulée à votre cabinet de consultation où un médecin jouera le rôle de la patiente. Un ou plusieurs problèmes vous seront présentés et vous cheminerez à partir des renseignements fournis. Vous ne devriez pas faire un examen physique lors de cette visite.

2. PONDÉRATION

Vous serez jugé par la patiente/examinatrice, à partir de critères prédéterminés pour ce cas. Nous vous conseillons de ne pas solliciter d'information de l'examinatrice concernant vos notes ou votre performance et de ne pas lui adresser la parole «en dehors du rôle».

3. DURÉE

L'examen dure 15 minutes au total. Le médecin qui joue le rôle de la patiente est responsable de mesurer le temps pendant l'entrevue. À 12 minutes, l'examinatrice vous informera qu'il ne vous reste que trois minutes. Au cours des dernières trois minutes, vous devrez terminer la discussion avec la patiente/examinatrice.

À 15 minutes, l'examinatrice vous signalera que l'entrevue est terminée. Vous devrez cesser immédiatement et laissez à l'examinatrice les notes que vous auriez pu prendre pendant l'examen.

4. LA PATIENTE

Vous verrez M^{me} **ÉLÉONORE HÉBERT**, 52 ans, une nouvelle patiente dans votre pratique.

NOTE SPÉCIALE

Parce que le processus d'identification du problème et la ligne de conduite jouent un rôle important dans la pondération de cet examen, il est dans le meilleur intérêt de tous les candidats de ne pas discuter du cas.

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA
EXAMEN DE CERTIFICATION EN MÉDECINE FAMILIALE
ENTREVUE MÉDICALE SIMULÉE

DESCRIPTION DU CAS

INTRODUCTION

Vous êtes M^{me} **ÉLÉONORE HÉBERT**, 52 ans, et vous avez reçu un diagnostic de cancer de l'ovaire de stade 4 il y a un peu plus de trois ans. Vous recevez de la morphine pour votre douleur pelvienne mixte, qui s'est exacerbée la fin de semaine dernière. Vous avez dû prendre beaucoup d'analgésiques supplémentaires et maintenant vous souffrez de toxicité liée aux opioïdes. Vous ressentez également un deuil d'anticipation à mesure que vous approchez de la fin de votre vie.

HISTOIRE DU PROBLÈME

Toxicité des opioïdes

Jusqu'à il y a trois ans, vous considérez que vous étiez dotée d'une santé exceptionnelle et que votre vie était intéressante et satisfaisante. Mariée et ayant trois enfants adultes, vous teniez votre bonne santé pour acquise.

Il y a trois ans et demi, lorsque vous étiez en vacances pour célébrer la promotion de votre mari, vous avez remarqué que la plupart de vos vêtements ne vous faisaient plus bien autour de la taille. Vous ne pensiez pas avoir pris du poids, mais vous sentiez un ballonnement assez important. Vous ne vous en êtes pas trop préoccupée; ce n'était que légèrement contrariant et, en riant de la situation, vous vous êtes achetée plusieurs nouvelles jupes et paires de pantalon. Cependant, après quelques mois, vous avez également commencé à avoir des problèmes de constipation et votre niveau d'énergie s'est vraiment affaibli. Vous aviez toujours eu une tonne d'énergie – vos filles se plaignaient souvent que vous en faisiez beaucoup plus qu'elles. En raison de votre manque d'entrain, vous avez consulté votre ancien médecin de famille (MF). À la première consultation, le MF vous a dit de vous reposer, de manger de façon équilibrée et de revenir si vous ne vous sentiez pas mieux. Vous êtes retournée deux semaines plus tard et avez demandé des examens. Votre MF a accepté volontiers.

L'échographie a révélé une masse pelvienne importante.

Vous étiez abasourdie. Cela devait être une erreur. Votre MF vous a rapidement dirigée vers une gynéco-oncologue. Vous avez subi une chirurgie exploratoire. Lorsque vous vous êtes réveillée, elle vous a expliqué que le cancer était de stade 4, ce qui signifiait, selon votre compréhension, qu'il était très étendu. Elle vous en avait toutefois retiré le plus possible. Elle vous a conseillé de subir un traitement de chimiothérapie.

Le rétablissement post-opératoire était beaucoup difficile que vous pensiez. Vous étiez surprise et plutôt déçue de vous-même. Pourquoi ne vous en êtes-vous pas remise plus vite? C'était toujours le cas auparavant : un rhume ne durait que quelques jours plutôt que la semaine habituelle, etc.

Vous avez complété six cycles de chimiothérapie au carboplatine et au paclitaxel, la durée de chaque cycle étant de 28 jours; cela était assez désagréable également. Vous avez eu beaucoup d'effets secondaires, dont la perte de tous vos cheveux. Les nausées étaient particulièrement humiliantes. Vous avez essayé plusieurs antiémétiques, mais aucun n'était très utile.

Vous vous portiez bien pendant les huit premiers mois suivant la fin de la chimio. Vos cheveux ont repoussé, vous avez pris un peu de poids et votre niveau d'énergie est revenu à environ 50 % de votre niveau normal, ce qui était beaucoup mieux que pendant votre chimiothérapie. Vous êtes retournée au travail à ce moment-là et vous vous en sortiez assez bien, à votre avis, jusqu'à il y a environ un an. En 48 heures, vous avez manifesté des vomissements graves, de l'anorexie, des ballonnements et une constipation grave. Le personnel de l'urgence vous a examinée et vous a dit que vous aviez une occlusion intestinale. Vous avez subi une intervention chirurgicale d'urgence le même soir. Lorsque vous vous êtes réveillée, vous aviez une colostomie. Vous vous rappelez que le chirurgien vous a dit que la tumeur était réapparue dans la région du côlon descendant, où se trouve donc votre colostomie.

Vous vous êtes relativement bien rétablie de la chirurgie. Par contre, vous avez eu quelques rechutes. Votre gynéco-oncologue vous a expliqué que le cancer entraînerait probablement d'importants problèmes dans le futur. Elle vous a informée qu'il y avait un risque relativement élevé qu'un de vos uretères finisse par se bloquer et que vous ayez peut-être besoin d'une endoprothèse. Votre oncologue a suggéré une chimio de deuxième intention (vinorelbine) après vous être complètement rétablie de votre chirurgie.

Vous vous en êtes mieux tirée lors du second traitement de chimio que lors du premier, même si vous croyez que ce second traitement était plus faible et que les attentes de votre oncologue étaient moins élevées. Les nausées n'étaient pas sévères du tout et vous n'avez pas perdu tous vos cheveux (bien qu'ils soient devenus clairsemés). La chimio a été interrompue après cinq cycles étant donné que les radiographies ne montraient aucun changement et que vous ne vous sentiez pas mieux.

Jusqu'à présent, vous n'avez pas eu de problème de reins ou de miction et vous n'avez pas eu besoin d'endoprothèse. Pour une raison quelconque, ce dispositif vous rendrait très mal à l'aise; vous trouvez repoussante l'idée d'avoir un objet étranger dans votre corps.

Vous vous êtes assez bien adaptée à la colostomie. Au début, vous étiez dégoûtée et très réticente à l'idée qu'une autre personne que les membres du personnel infirmier la voit, mais au fil des mois, vous avez laissé tomber vos réserves. L'attitude de votre mari y a été pour beaucoup. Il a continué à clamer son amour pour vous et n'est pas dégoûté par la colostomie, et son attitude a influencé la vôtre.

Douleur pelvienne

Votre douleur pelvienne a débuté il y a deux mois environ. Vous aviez une sensation de lourdeur et de fermeté dans la région pelvienne depuis environ un an mais ce n'était jamais douloureux, seulement un malaise vague. Ce malaise a débuté très bas dans la région du bassin (vous diriez que c'était dans votre utérus) et était initialement à 3 sur une échelle de 10, sans irradiation. Vous ne preniez rien pour soulager ce malaise, car vous n'étiez pas certaine si vous deviez ou non. Vous avez fait part de votre malaise à votre oncologue lors de votre rendez-vous de suivi périodique; elle vous a prescrit de l'acétaminophène à prendre aux quatre heures régulièrement. Vous étiez assez surprise qu'un médicament si faible puisse être si utile, et pour les trois premières semaines, ce traitement était adéquat. Il y a environ cinq semaines, l'intensité de la douleur a commencé à augmenter, à 5 sur 10. Comme vous n'aviez pas de rendez-vous avec votre oncologue, vous avez appelé votre MF, qui vous a prescrit une association médicamenteuse d'acétaminophène et de codéine (30 mg). Ce traitement a fonctionné pendant quelques semaines mais provoquait une grande constipation et d'importantes nausées.

Il y a quinze jours, vous avez vu votre oncologue lors de votre rendez-vous périodique. L'oncologue a changé vos médicaments pour de la morphine à action prolongée, à raison de 30 mg deux fois par jour, ainsi que 10 mg de morphine à libération immédiate à toutes les heures au besoin pour soulager les percées de douleur. Ce traitement a très bien fonctionné pendant 12 jours. Vous n'aviez besoin que d'un ou deux comprimés par jour pour soulager vos percées de douleur et votre douleur était assez bien maîtrisée. Vous vous sentiez bien grâce à cette médication et n'aviez absolument aucune réserve à prendre de la morphine. On vous a prescrit un faible laxatif stimulant à prendre régulièrement, et vous n'avez pas eu de problème de constipation.

Il y a trois jours, tout a changé. Une douleur dans la région pelvienne vous a réveillée. Il s'agit de la même douleur que vous toujours eue (endroit, caractéristiques, etc.), mais plus intense, que vous qualifieriez de 8 sur 10. À votre connaissance, rien n'a pu provoquer l'augmentation de la douleur. Vous ne pouvez identifier aucun facteur d'exacerbation comme la position, la défécation, la miction, etc. Par ailleurs, celles-ci n'apaisent pas la douleur non plus.

Vous urinez et déféquez normalement (aucun changement de quantité, aucune difficulté, etc.). Vous n'êtes pas enflée ni essoufflée.

L'oncologue vous avait conseillé d'utiliser la morphine pour percées de douleur au besoin et vous avez soigneusement suivi ces directives, en prenant un comprimé par heure jusqu'au soulagement de la douleur. Le premier jour où la douleur avait augmenté (il y a trois jours), vous avez pris huit comprimés pour vos percées de douleur en plus de votre traitement habituel de morphine à action prolongée. La douleur a diminué à 5 sur 10. Vous vous êtes couchée et avez dormi pendant environ sept heures. À votre réveil le deuxième jour (il y a deux jours), la douleur avait encore augmenté à 7 ou 8 sur 10. Encore une fois, vous aviez dû prendre huit doses supplémentaires de morphine; le soir venu, la douleur avait diminué. Vous avez décidé de mettre votre réveille-matin de façon à ne pas passer trop de temps sans prendre votre médicament contre les percées de douleur. Vous vous êtes donc réveillée à trois heures pour prendre votre dose contre les percées. Hier (le troisième jour de douleur accrue), vous n'avez eu besoin que de six doses.

Vous ressentez des effets secondaires assez importants liés au médicament. Vous êtes très somnolente, vous avez de la difficulté à finir vos phrases (vous marmonnez parce que vous perdez le fil de vos pensées) et vous avez de la difficulté à vous rappeler de certaines choses. Votre bouche est excessivement sèche. Vous avez également ressenti des spasmes myocloniques, en particulier de vos bras mais parfois de tout votre corps. Ces spasmes se produisent à presque toutes les heures. Les hallucinations sont le pire effet secondaire. Au cours des 36 dernières heures, vous avez vu des singes dans votre chambre et à vos côtés dans le lit, et il y en avait un dans la voiture pendant que vous vous rendiez ici pour votre rendez-vous. Les singes ne parlent pas mais ils portent des vêtements et de petits chapeaux coquets. Vous soupçonnez que leurs intentions sont maléfiques.

Vous êtes certaine que ce sont des hallucinations et qu'elles sont causées par les médicaments (votre oncologue vous avait prévenu que cela pouvait arriver), mais votre mari et votre fille aînée sont complètement affolés et veulent que vous arrêtiez immédiatement de prendre ces analgésiques.

Vous êtes préoccupée, à juste raison. Vous ne voulez pas cesser les médicaments anti-douleur car vous savez que vous ne pouvez pas endurer la douleur intense, mais les effets secondaires sont inquiétants et vous ne savez pas comment vous pourriez composer avec le désaccord de votre fille.

Vous avez appelé au cabinet de l'oncologue ce matin, mais elle est partie à un congrès et le personnel de son cabinet vous a suggéré de consulter le remplaçant de votre MF, qui est en congé sabbatique, plutôt qu'à l'urgence. Vous avez accepté et avez pris rendez-vous aujourd'hui, auquel votre fille vous a conduite.

Vous espérez que le médecin sera en mesure de vous aider à maîtriser adéquatement votre douleur et les effets secondaires des médicaments.

Questions de fin de vie

Vous avez subi plusieurs pertes depuis que vous avez reçu un diagnostic de cancer. Elles ont été, chacune à sa façon, difficiles à accepter, et dernièrement vous sentez que vous avez beaucoup de choses à régler avant votre mort. Vous vous sentez dépassée et attristée par cela.

Votre oncologue a été très franche avec vous. Lorsque le cancer est réapparu, elle vous a dit que votre pronostic n'était pas très bon. Elle vous a conseillé de régler vos affaires.

À ce moment-là, elle vous avait proposé une orientation en soins palliatifs, mais vous ne sentiez pas que vous aviez besoin de ces services, votre fille aînée, **LISE HÉBERT**, et votre mari, **THOMAS HÉBERT**, non plus d'ailleurs. Ils sentaient que « c'était trop morbide pour qu'ils soient impliqués ». Vous aviez donc refusé. Cependant, vous pensez qu'aujourd'hui vous accepteriez des soins palliatifs si quelqu'un vous les proposait.

Vous avez eu de la difficulté à composer avec plusieurs questions récemment. La première est l'incapacité de Lise à composer avec votre maladie. Lise a 25 ans et est célibataire. Elle s'inquiète énormément à votre sujet et participe activement à vos soins. Elle insiste pour vous accompagner à tous vos rendez-vous chez le médecin et veut participer à toutes les décisions que vous prenez au sujet de vos soins. Elle a récemment décidé qu'elle voulait se faire retirer ses propres ovaires pour être certaine de ne jamais avoir le même type de cancer que vous.

Cette idée vous inquiète beaucoup. Elle vous semble inutilement radicale. Et si elle changeait d'idée plus tard? Qu'en est-il de votre mari qui perdra de futurs petits-enfants? La possibilité que Lise n'ait pas d'enfants vous attriste énormément et vous y avez beaucoup réfléchi.

Votre autre fille, **MARIE DUMAS**, est mariée et est âgée de 24 ans. Elle vous a appelée il y a deux mois pour vous annoncer qu'elle était enceinte de trois mois. Elle est présentement enceinte de cinq mois et se porte bien. Vous et Marie n'avez pas parlé en détail de votre sombre pronostic. Vous ne savez pas si elle se rend compte que vous ne verrez probablement pas votre premier petit-enfant. Vous essayez autant que possible de ne pas vous attarder à cette question parce que cela vous rend excessivement triste. Vous avez facilement les larmes aux yeux, en particulier si vous voyez des bébés à la télévision ou si vous vous trouvez dans un magasin qui vend des vêtements de bébé. Vous ne savez pas comment aborder ce sujet avec Marie, étant donné qu'elle est généralement très enjouée lorsque vous lui parlez et qu'elle vous dit souvent combien vous serez contente d'avoir un petit-enfant.

Votre fils, **DAVID HÉBERT**, âgé de 20 ans, est en troisième année d'université dans une autre ville. Il étudie en génie électrique. Son horaire de cours est très chargé et vous savez, d'après vos conversations au téléphone, qu'il trouve ses études très stressantes. De plus, il a récemment rompu avec sa première petite amie sérieuse et est passablement émotif à ce sujet. Il est franc et honnête sur ses inquiétudes à votre sujet.

Vous avez vécu une autre épreuve au travail, au moment où vous terminiez votre dernier cycle de chimiothérapie. Vous occupiez un poste administratif élevé au sein d'une multinationale. Bien que vous vous soyez absente longtemps en raison de votre maladie, vous n'aviez pas pensé que vous pourriez perdre votre emploi. Cependant, l'entreprise a accordé une promotion à un jeune homme et lui a donné votre poste, en vous conseillant d'accepter une importante indemnisation de départ plutôt que de retourner au travail. Vous aviez beaucoup de difficulté à accepter cette idée, mais votre mari pensait que c'était la meilleure chose à faire et vous vous y êtes résignée il y a quatre mois.

Votre carrière vous a toujours définie; c'était plus qu'un simple emploi pour vous. Maintenant que vous ne travaillez plus, une grande partie de votre identité semble avoir disparu.

Plusieurs autres choses vous préoccupent. Par exemple, vous et votre mari possédez un chalet à deux heures de route. Vous pensez que vous n'irez plus au chalet très souvent et vous êtes très triste à l'idée de ne plus voir les changements de saisons de la fenêtre panoramique qui donne sur le lac.

À bien des égards, ce cancer vous enlève tout ce que vous appréciez de la vie, petit à petit, morceau par morceau. Vous devez dire adieu à tous vos rêves et à tous vos espoirs, un par un.

Votre corps ne ressemble plus à ce qu'il était. Il a été très difficile pour vous de vous familiariser et de vous sentir à l'aise avec la colostomie. Vous trouvez le manque d'intimité et tous les examens gynécologiques internes très éprouvants, et il semble maintenant que tout le monde sait tout à votre sujet. Votre aura de féminité a éclaté en morceaux.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Avant de recevoir un diagnostic de cancer, vous étiez en excellente santé. Vous n'aviez jamais subi d'intervention chirurgicale avant d'avoir le cancer.

Vous aviez trois enfants en santé, tous nés par voie vaginale. Vos tests de Pap ont toujours été normaux.

MÉDICATION

Morphine à action prolongée, 30 mg par voie orale aux 12 heures.

Morphine à libération immédiate, 10 mg par voie orale aux heures, au besoin.

Senna (Senokot), au besoin. Vous en prenez deux comprimés, trois fois par jour, et allez à la selle une fois par jour.

Métoclopramide, 10 mg quatre fois par jour, au besoin.

RÉSULTATS DES TESTS DE LABORATOIRE

Votre dernière analyse sanguine complète a été réalisée il y a une semaine.

Les résultats de la formule sanguine, des électrolytes, de l'azote uréique sanguin, du rapport azote uréique-créatinine dans le sang et des ions calciques étaient tous normaux.

ALLERGIES

Aux chats.

IMMUNISATIONS

À jour.

MODE DE VIE

Tabac :

Vous n'avez jamais fumé.

Alcool :

Vous aimiez prendre un verre de vin au souper auparavant, mais depuis environ un an, vous n'en avez plus le goût.

C'est une chose qui vous manque. Vous et votre mari appréciez essayer de nouveaux vins auparavant; vous avez même visité les vignobles de Napa Valley et de France.

Drogues illicites :

Vous ne consommez pas de drogues illicites.

Alimentation :

Votre alimentation est un peu restreinte en raison du manque d'appétit et de l'altération du goût des aliments. Vous pouvez encore prendre de petites portions de fruits et de légumes, mais vous évitez la viande en raison de la saveur répugnante. Vous prenez plusieurs sucettes glacées par jour. Vous ne prenez aucun supplément nutritif en raison de leur goût trop sucré.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Vous n'avez pas d'antécédents de cancer de votre côté de la famille. Lorsque vous aviez 21 ans, votre mère est décédée des suites d'un accident de voiture. Vous étiez à l'université à ce moment-là. Votre père conduisait, et même s'il n'avait pas bu et que la route était un peu glacée, au fond de vous, vous le tenez responsable de l'accident qui vous a enlevé votre mère.

Votre père est en bonne santé, à l'exception d'arthrose aux deux genoux.

Vous avez deux frères. L'aîné, **NORMAND JARRAUD**, 55 ans, fait un peu d'embonpoint et souffre de diabète de type 2. Le plus jeune, **ÉMILE JARRAUD**, 47 ans, est en bonne santé.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Vous jugez qu'à l'exception des quelques dernières années, vous avez été très choyée. Vous avez eu une enfance sans histoire et sans aspect négatif. Vos frères étaient généralement gentils avec vous et vous étiez très proche d'eux et de votre mère. Vous trouviez que votre père était un peu plus distant, mais cela était probablement en raison de ses préoccupations de carrière et de ses idées traditionnelles relativement à l'éducation des enfants.

Vous n'avez subi qu'un seul incident difficile dans votre vie. Lorsque vous aviez 21 ans, vos parents ont eu un accident de voiture. Votre père conduisait et votre mère a été hospitalisée en raison de blessures graves. Vous êtes revenue de l'université pour être à son chevet. Plusieurs jours après l'accident, elle a succombé à ses blessures.

Même si vous vous étiez toujours considérée proche de votre mère, vous vous êtes rendue compte que vous étiez capable d'accepter cette perte beaucoup plus facilement que vous l'aviez imaginé. Peut-être était-ce parce que vous avez eu la chance de lui dire adieu. Ou parce que vous viviez tellement de choses positives qui vous remontaient le moral à ce moment de votre vie. Vous n'en savez rien. Cependant, vous avez récemment commencé à penser que vous n'avez jamais eu la chance d'établir une relation adulte avec votre mère. Vous vous êtes rendue

compte que l'histoire se répétait et que vos enfants n'auraient pas de relation adulte avec vous non plus. Cette situation vous attriste beaucoup.

Vous aviez 22 ans lorsque vous avez rencontré Thomas. Vous veniez tout juste d'obtenir votre diplôme universitaire et aviez commencé votre premier emploi. Thomas était cadre intermédiaire au même bureau et vous avez tous deux eu le coup de foudre. Vous vous êtes fréquentés pendant six mois puis vous vous êtes enfuis pour vous marier.

Vous êtes encore proche de vos frères. Normand vit dans une autre province, mais il vous appelle à toutes les semaines. Émile vit dans la même ville que vous. Ses enfants ont 19 et 20 ans et fréquentent la même université que David. Vous voyez Émile et son épouse, **SUZANNE TARDIF-JARRAUD**, au moins une fois par semaine. Suzanne est infirmière et passe souvent vous voir pour s'assurer que vous allez bien. Vous vous sentez proche d'elle mais ne lui avez pas confié la plupart de vos inquiétudes, à l'exception du désir de Lise de subir une ovariectomie. Suzanne vous soutient en silence et ne vous offre aucun conseil.

Vous considérez que votre relation la plus forte que vous entretenez est avec votre mari, Thomas. La suivante serait celle avec votre fils, David. David est le bouffon de la famille, mais il a un côté très sensible qu'il exprime souvent sous forme d'humour. Vous êtes capable de parler plus facilement de votre mort imminente avec David qu'avec vos filles, peut-être parce que vous êtes tous les deux capables d'alléger la conversation par des blagues, alors que les filles sont plus sérieuses et semblent vouloir vous « mater ».

Vous avez beaucoup réfléchi à votre avenir restreint. L'oncologue vous a dit qu'il est peu probable que vous voyiez la naissance de l'enfant de Marie; vous avez donc accompli les tâches que vous aviez à accomplir. Vous avez rédigé votre testament et vos directives préalables en matière de soins. Votre mari prendra toutes les décisions pour vous si vous n'êtes pas en mesure de le faire. Vous préférez être à la maison pour mourir, si possible, et souhaitez maintenir une certaine forme de contrôle le plus longtemps possible. Vous êtes ouverte aux services de soins palliatifs, si on vous les propose.

HISTOIRE DES ÉTUDES ET DU TRAVAIL

Vous réussissiez bien à l'école, en particulier en mathématiques, et avez obtenu une petite bourse pour étudier à l'université de votre région. Vous avez décidé de suivre les traces de votre père dans le domaine de la finance et avez obtenu un diplôme en administration, tout comme votre frère aîné.

Après avoir terminé l'université, vous avez reçu une offre d'emploi de premier échelon dans une grande institution bancaire nationale. Votre père vous a encouragée à l'accepter et vous êtes contente de l'avoir fait. Cet emploi vous a permis de rencontrer Thomas. Il vous permettait également de gagner un bon salaire et vous offrait de nombreuses possibilités intéressantes.

FINANCES

Votre situation financière est bonne. Vous aviez un très bon salaire, tout comme votre mari, et on vous a versé une indemnisation de retraite anticipée très généreuse. Vous avez économisé une belle somme d'argent et êtes propriétaires de votre propre maison. Votre mari a un très bon régime d'assurances au travail.

RÉSEAU DE SOUTIEN

Vos principales sources de soutien sont votre mari et vos enfants, en particulier votre fils.

Vous avez peu de sources de soutien social à l'extérieur de votre famille. Vous vous fiez à votre mari et à votre fils pour vous remonter le moral et reconnaissez que vous essayez souvent de voir le côté drôle d'une situation (en particulier avec David, qui a le don de trouver le moyen d'en rire). En général, vous affrontez la vie directement et préférez avoir la situation en mains.

RELIGION

Vos parents ne vous ont pas élevée en pratiquant une religion organisée et vous n'avez jamais assisté à la messe. Vous avez lu beaucoup sur les questions spirituelles depuis que vous avez reçu votre diagnostic. Vous vous considérez comme une personne agnostique mais spirituelle.

ATTENTES

Vous vous attendez à ce que le médecin vous donne des conseils sur la façon de diminuer votre douleur. Vous espérez que le médecin vous écoutera parler de vos inquiétudes relatives à la fin prochaine de votre vie.

DIRECTIVES DE JEU

Vous êtes habillée de façon décontractée, et portez une tenue d'entraînement ample (il est mieux qu'elle soit trop grande pour indiquer la perte de poids). Vous portez un foulard de tête, mais il est évident qu'il vous reste encore des cheveux. Votre teint est pâle et vous ne portez ni maquillage ni bijoux.

Vous êtes somnolente et fermez souvent les yeux. Vous marmonnez à la fin de vos phrases et demandez au candidat ou à la candidate de confirmer que vous avez répondu correctement à ses questions. Cependant, vous êtes très intelligente et vous vous exprimez bien, et malgré la fatigue, **vous êtes capable de donner les renseignements au candidat ou à la candidate rapidement et succinctement**. Vous êtes très ouverte; en fait, vous brûlez presque de parler de ces questions avec quelqu'un, étant donné que vous n'avez pas eu une discussion en profondeur de ce genre au sujet de vos sentiments avec votre famille.

Vous offrez tous les détails au sujet de l'histoire de votre maladie et de votre pronostic. Si le candidat ou la candidate vous demande si vous avez subi une chimiothérapie, vous répondez « deux fois » et donnez quelques détails.

Vous utilisez le langage corporel pour indiquer au candidat ou à la candidate vos symptômes physiques : vous bâillez souvent, vous vous tenez le ventre, etc.

Vous n'êtes pas déprimée, mais triste. Vous avez le sens de l'humour et faites des blagues sur vos hallucinations. Si le candidat ou la candidate vous demande vos stratégies d'adaptation, vous lui répondez que vous trouvez l'attitude de votre fils des plus utiles.

Vous ne devriez pas subir un mini-examen de votre état mental. Si le candidat ou la candidate insiste, répondez correctement à toutes les questions.

Si le candidat ou la candidate vous offre des conseils généraux (p.ex., modifier vos médicaments, passer des tests), demandez-lui des précisions.

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.*

ÉLÉONORE HÉBERT :	La patiente, âgée de 52 ans, qui souffre d'un cancer de l'ovaire, présente des problèmes de toxicité des opioïdes et a des questions de fin de vie.
THOMAS HÉBERT :	Mari d'Éléonore.
LISE HÉBERT :	Fille d'Éléonore et de Thomas, âgée de 25 ans.
MARIE DUMAS :	Fille d'Éléonore et de Thomas, âgée de 24 ans.
DAVID HÉBERT :	Fils d'Éléonore et de Thomas, âgé de 20 ans, qui est à l'université à l'extérieur de la région.
NORMAND JARRAUD :	Frère d'Éléonore, âgé de 55 ans.
ÉMILE JARRAUD:	Frère d'Éléonore, âgé de 47 ans.
SUZANNE TARDIF-JARRAUD :	Épouse d'Émile, qui est infirmière.

CHRONOLOGIE

Aujourd'hui :	Rendez-vous avec le candidat.
Il y a 1 jour :	Amélioration de la douleur; vous avez pris six comprimés de morphine contre les percées de douleur.
Il y a 2 jours :	Vous avez pris huit comprimés de morphine contre les percées de douleur.
Il y a 3 jours :	Vous aviez une douleur intense à votre réveil et avez pris huit comprimés de morphine contre les percées de douleur.
Il y a 1 semaine :	Dernière analyse sanguine complète.
Il y a 15 jours :	Vous avez passé à la morphine à action prolongée en raison de constipation.
Il y a 5 semaines :	Vous avez commencé à prendre de l'acétaminophène et de la codéine pour soulager votre douleur.
Il y a 2 mois :	La douleur abdominale est apparue et vous avez commencé à prendre de l'acétaminophène; votre fille Marie vous a appris qu'elle était enceinte de trois mois.
Il y a 4 mois :	Vous avez pris votre retraite anticipée.
Il y a 8 mois :	Vous avez commencé votre deuxième traitement de chimiothérapie (cinq cycles).
Il y a 12 mois :	Occlusion intestinale; vous avez subi une colostomie.
Il y a 3 ans, à l'âge de 49 ans :	Vous avez reçu un diagnostic de cancer de l'ovaire; vous avez commencé la chimiothérapie.

Il y a 3 ans et demi, à l'âge de 49 ans : Vous avez remarqué un ballonnement et que vos vêtements ne vous faisaient plus.

INDICES À DONNER AU CANDIDAT

ÉNONCÉ INITIAL :

« **Je crois que mes médicaments me rendent malade.** »

LORSQU'IL RESTE 10 MINUTES : *

Si le candidat n'a pas soulevé la question de sa mortalité, il faut dire : « **Je ne peux m'empêcher de penser à ce que je perds.** »

LORSQU'IL RESTE 7 MINUTES : *

Si le candidat n'a pas soulevé la question de la toxicité aux opioïdes, il faut dire : « **Que devrais-je faire à propos de mes analgésiques?** ». *(Il est improbable que cet énoncé soit nécessaire.)*

LORSQU'IL RESTE 3 MINUTES :

« **Il vous reste TROIS minutes.** »
*(Il FAUT donner au candidat cet indice verbal **ET** un indice visuel.)*

LORSQU'IL RESTE 0 MINUTE :

« **C'est terminé.** »

*Pour éviter d'interférer avec le déroulement de l'entrevue, n'oubliez pas que les indications à 10 et sept minutes sont optionnelles. Elles doivent être offertes seulement si nécessaire afin de donner des indices quant au deuxième problème ou pour aider le candidat à déterminer la prise en charge. De plus, afin d'éviter d'interrompre le candidat au milieu d'une phrase ou de briser son processus de raisonnement, il est tout à fait acceptable d'attendre un peu pour offrir ces indices.

À NOTER : Si vous avez épuisé les indices ci-dessus, il ne devrait pas être nécessaire de donner d'autres indices au candidat pendant les trois dernières minutes de l'entrevue. Durant cette portion de l'entrevue, vous pouvez clarifier certains points ou certaines mésententes si questionnés, mais sans introduire de nouvelles informations volontairement. Vous devriez 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
ENTREVUE MÉDICALE SIMULÉE
FEUILLE DE PONDÉRATION

NOTE : Un sujet est considéré couvert lorsque le candidat a abordé **AU MOINS 50%** des éléments énumérés sous chaque point dans la case **À GAUCHE** de la feuille de pondération.

Distinction entre candidat certifiable et hautement certifiable : exploration du vécu des symptômes

<p>Bien qu'il soit essentiel pour un candidat certifiable de recueillir de l'information au sujet du vécu des symptômes afin de mieux comprendre le patient et son problème, une performance supérieure ne consiste pas simplement à savoir si un candidat a obtenu toute l'information ou non. Un candidat hautement certifiable explorer activement le vécu des symptômes pour en arriver à une compréhension approfondie. Pour ce faire, il utilise intentionnellement ses habiletés de communication, soit des techniques verbales et non verbales, notamment un questionnaire efficace et une écoute active. Le texte ci-dessous est adapté du document du CMFC décrivant les objectifs d'évaluation pour la certification (1) et vise à servir de guide supplémentaire pour aider les évaluateurs à déterminer si les habiletés de communication d'un candidat sont le reflet d'une performance hautement certifiable, certifiable ou non certifiable.</p>	
<p>Habiletés d'écoute</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilise les habiletés d'une écoute générale et active pour faciliter la communication <p>Comportements types</p> <ul style="list-style-type: none"> Accorde du temps pour des silences appropriés Fait savoir au patient ce qu'il pense avoir compris de ses propos Réagit aux indices (ne poursuit pas l'anamnèse sans réagir lorsque le patient révèle des changements majeurs dans sa vie ou dans sa situation, comme « je viens de perdre ma mère ») Clarifie le jargon que le patient peut utiliser 	<p>Habiletés d'expression</p> <p>Expression verbale</p> <ul style="list-style-type: none"> Adéquate pour être compris par le patient Capable de tenir une conversation d'un niveau approprié en fonction de l'âge et du niveau d'instruction du patient Ton approprié à la situation – pour assurer une bonne communication et s'assurer que le patient est à l'aise <p>Comportements types</p> <ul style="list-style-type: none"> Pose des questions ouvertes et fermées de façon appropriée Vérifie auprès du patient qu'il a bien compris (p. ex., est-ce que je comprends bien ce que vous dites?) Permet au patient de mieux raconter son histoire (p. ex., pouvez-vous clarifier cela pour moi?) Offre de l'information claire et structurée de façon à ce que le patient comprenne (p. ex., résultats d'analyses, pathophysiologie, effets secondaires) Clarifie comment le patient aimerait être abordé
<p>Habiletés non verbales</p> <p>Expression</p> <ul style="list-style-type: none"> Conscient de l'importance du langage corporel et le modifie de manière adéquate <p>Comportements types</p> <ul style="list-style-type: none"> Le contact visuel est approprié en fonction de la culture et du degré de confort du patient Est concentré sur la conversation Adapte son comportement en fonction du contexte du patient Le contact physique est approprié au degré de confort du patient <p>Réceptivité</p> <ul style="list-style-type: none"> Conscient du langage corporel et y réagit, en particulier pour les sentiments mal exprimés de façon verbale (p. ex., insatisfaction, colère, culpabilité) <p>Comportements types</p> <ul style="list-style-type: none"> Réagit adéquatement devant l'embarras du patient (démontre de l'empathie appropriée envers le patient) Vérifie verbalement la signification du langage corporel/des gestes/du comportement (p. ex., vous semblez nerveux/troublé/incertain/ souffrant) 	<p>Adaptation à la culture et à l'âge</p> <ul style="list-style-type: none"> Adapte la communication à chaque patient en fonction de la culture, de l'âge ou de l'incapacité <p>Comportements types</p> <ul style="list-style-type: none"> Adapte le style de communication en fonction de l'incapacité du patient (p. ex., écrit pour les patients atteints de surdité) Utilise un ton de voix approprié en fonction de l'ouïe du patient Reconnaît les origines culturelles du patient et adapte ses manières en fonction de celles-ci Utilise des mots appropriés pour les enfants et les adolescents (p. ex., pipi vs urine)
	<p>Préparé par :</p> <p>K. J. Lawrence, L. Graves, S. MacDonald, D. Dalton, R. Tatham, G. Blais, A. Torsein, V. Robichaud pour le Comité des examens en médecine familiale, Collège des médecins de famille du Canada, 26 février 2010</p>

Allen T, Bethune C, Brailovsky C, Crichton T, Donoff M, Laughlin T, Lawrence K, Wetmore S.

(1) Définir la compétence aux fins de la certification par le Collège des médecins de famille du Canada : Les objectifs d'évaluation en médecine familiale; 2011 – [cité le 7 fév. 2011]. En ligne :

<http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Definition%20of%20Competence%20French%20with%20bookmarks.pdf>

1. IDENTIFICATION : TOXICITÉ DES OPIOÏDES

Toxicité des opioïdes	Vécu des symptômes
<p><u>Les points à couvrir sont :</u></p> <p>1. histoire du cancer :</p> <ul style="list-style-type: none">• Cancer de l’ovaire.• Diagnostiqué il y a trois ans.• Stade 4 au diagnostic/étendu/incurable.• Occlusion intestinale.• Chimiothérapie : deux traitements. <p>2. exacerbation de la douleur :</p> <ul style="list-style-type: none">• Douleur pelvienne depuis quatre mois.• Caractéristiques de la douleur inchangées.• A pris six doses contre les percées de douleur ou plus à chacun des trois derniers jours.• La dose accrue d’opioïdes permet de mieux maîtriser la douleur. <p>3. signes de toxicité des opioïdes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Somnolence.• Confusion à certains moments.• Hallucinations visuelles.• Spasmes myocloniques fréquents. <p>4. autres causes des symptômes de toxicité :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pas de crise épileptique ni d’évanouissement.• Aucun signe ou symptôme d’infection.• Pas d’antécédents d’hypercalcémie (les dernières analyses sanguines réalisées il y a une semaine étaient normales).• Aucun œdème ni aucune diminution de la miction (insuffisance rénale).• Aucune constipation.	<p><u>Sentiments</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Confusion. <p><u>Idées</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Ses médicaments contre la douleur provoquent ces problèmes.• Elle a besoin de ses médicaments contre la douleur. <p><u>Conséquences/Répercussions sur le fonctionnement</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Il a fallu que sa fille la conduise à son rendez-vous aujourd’hui.• Elle est en désaccord avec sa famille au sujet des opioïdes. <p><u>Attentes pour cette visite</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Le médecin maintiendra ses médicaments contre la douleur.• Le médecin aidera sa famille à surmonter leurs inquiétudes au sujet des médicaments anti-douleur de la patiente. <p>Une compréhension satisfaisante de toutes les composantes (sentiments, idées, conséquences/répercussions sur le fonctionnement, et attentes) est importante dans l’exploration du vécu des symptômes de cette patiente.</p>

Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2, 3 et 4.	Explore activement le vécu des symptômes pour en arriver à une compréhension <u>approfondie</u> . Pour ce faire, il utilise intentionnellement des techniques verbales et non verbales, incluant un questionnaire efficace et une écoute active.
Certifiable	Couvre les points 1, 2 et 3.	S'informe du vécu des symptômes pour en arriver à une compréhension <u>satisfaisante</u> . Pour ce faire, il pose les questions appropriées et utilise des techniques non verbales.
Non certifiable	Ne couvre <u>pas</u> les points 1, 2 et 3.	Ne démontre qu'un intérêt minime pour le vécu des symptômes et, par conséquent, n'obtient qu'une compréhension <u>minimale</u> . Saisit très peu les indices verbaux et non verbaux de la patiente ou va même jusqu'à interrompre la patiente (lui coupe la parole).

2. IDENTIFICATION : QUESTIONS DE FIN DE VIE

Questions de fin de vie	Vécu des symptômes
<p><u>Les points à couvrir sont :</u></p> <p>1. pertes antérieures :</p> <ul style="list-style-type: none">• Perte des loisirs/ dégustation de vin.• Perte de l'aura de féminité.• Changement de l'image corporelle.• Perte d'emploi. <p>2. pertes futures :</p> <ul style="list-style-type: none">• La patiente est consciente du pronostic sombre.• Perte de la future relation adulte avec ses enfants.• Son petit-enfant naîtra après sa mort.• Sa fille prévoit subir une ovariectomie. <p>3. préparation à la mort :</p> <ul style="list-style-type: none">• Prévoir rester à la maison.• Souhaite avoir le contrôle.• A rédigé son testament.• A rédigé une directive préalable.• Ouverte aux services de soins palliatifs.	<p><u>Sentiments</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Tristesse. <p><u>Idées</u></p> <ul style="list-style-type: none">• L'oncologue a raison. <p><u>Conséquences/Répercussions sur le fonctionnement</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Évite de discuter de l'avenir avec sa fille enceinte.• Elle se met à pleurer lorsqu'elle pense à ce qu'elle ratera. <p><u>Attentes pour cette visite</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Elle a besoin de quelqu'un à qui parler. <p>Une compréhension satisfaisante de toutes les composantes (sentiments, idées, conséquences/répercussions sur le fonctionnement, et attentes) est importante dans l'exploration du vécu des symptômes de cette patiente.</p>

Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2 et 3.	Explore activement le vécu des symptômes pour en arriver à une compréhension <u>approfondie</u> . Pour ce faire, il utilise intentionnellement des techniques verbales et non verbales, incluant un questionnaire efficace et une écoute active.
Certifiable	Couvre les points 1 et 2.	S'informe du vécu des symptômes pour en arriver à une compréhension <u>satisfaisante</u> . Pour ce faire, il pose les questions appropriées et utilise des techniques non verbales.
Non certifiable	Ne couvre <u>pas</u> les points 1 et 2.	Ne démontre qu'un intérêt minime pour le vécu des symptômes et, par conséquent, n'obtient qu'une compréhension <u>minimale</u> . Saisit très peu les indices verbaux et non verbaux de la patiente ou va même jusqu'à interrompre la patiente (lui coupe la parole).

3. CONTEXTE SOCIAL ET DÉVELOPPEMENTAL

Identification du contexte	Intégration du contexte
<p><u>Les points à couvrir sont :</u></p> <p>1. famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mari. • Trois enfants au début de l'âge adulte. • Proche de ses frères. • Son père est vivant. • Particulièrement proche de son fils (relation très complice). <p>2. facteurs sociaux/sources de soutien social :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jouit d'une sécurité financière. • Sa belle-sœur est infirmière. • Ses filles vivent dans la région. • Aucune affiliation religieuse. • Peu de sources de soutien à l'extérieur de sa famille. <p>3. vécu lié aux questions de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sa mère est décédée des suites d'un accident de voiture. • Elle a bien composé avec la mort de sa mère. • Elle avait 21 ans à la mort de sa mère. 	<p>L'objectif est de mesurer la capacité du candidat ou de la candidate à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • synthétiser la structure familiale et sociale de la patiente et les aspects de son développement personnel dans le contexte du vécu des symptômes ; • exprimer ses observations et ses perceptions à la patiente de façon claire et avec empathie. <p>Cette démarche est essentielle pour l'étape suivante : trouver un terrain d'entente afin d'élaborer un plan de traitement efficace.</p> <p>Voici un exemple d'énoncé d'un candidat hautement certifiable :</p> <p>« Vous devez affronter votre propre mortalité et faire le deuil de la vie que vous ne pourrez pas avoir. Il est particulièrement émouvant que votre fille soit enceinte et que vous sachiez que vous ne vivrez pas assez longtemps pour voir le bébé. »</p>

Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2 et 3.	Démontre une synthèse initiale des facteurs contextuels et sa compréhension de leurs répercussions sur le vécu des symptômes. Fait part à la patiente de ses observations et perceptions avec sympathie.
Certifiable	Couvre les points 1 et 2.	Démontre qu'il reconnaît les répercussions de ces facteurs contextuels sur le vécu des symptômes.
Non certifiable	Ne couvre pas les points 1 et 2.	Ne démontre qu'un intérêt minime face aux répercussions des facteurs contextuels sur le vécu des symptômes ou va même jusqu'à interrompre la patiente.

4. PRISE EN CHARGE : TOXICITÉ DES OPIOÏDES

Plan	Trouver un terrain d'entente
<p>1. convenir que les opioïdes sont la cause probable de ses symptômes actuels.</p> <p>2. Discuter de la nécessité d'alterner les opioïdes.</p> <p>3. Discuter de la nécessité d'explorer la cause de la douleur accrue (p. ex., au moyen d'un examen physique, d'une échographie, etc.).</p> <p>4. Conseiller de diminuer les métabolites toxiques en augmentant la consommation de liquides, en maintenant des selles régulières, etc.</p> <p>5. Discuter de la possibilité d'autres causes de délire/somnolence.</p>	<p>Les comportements qui témoignent des efforts pour impliquer la patiente sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. favoriser la discussion. 2. donner à la patiente des occasions de poser des questions. 3. encourager la rétroaction (« feedback »). 4. s'assurer que les informations sont claires et obtenir un consensus. 5. clarifier tout malentendu. <p>Cette liste servira comme guide et ne se veut pas une liste à vérifier point par point. Il faut s'en inspirer pour saisir le genre de comportement que l'examinatrice doit rechercher.</p>

Hautelement certifiable	Couvre les points 1, 2, 3, et 4 OU 5.	S'informe activement des idées et des désirs de la patiente entourant la prise en charge. Implique la patiente dans l'élaboration d'un plan et cherche ensuite à obtenir ses commentaires et réactions (« feedback »). Encourage la patiente à participer activement à la prise de décision.
Certifiable	Couvre les points 1, 2 et 3.	Implique la patiente dans l'élaboration d'un plan. Fait preuve de souplesse.
Non certifiable	Ne couvre <u>pas</u> les points 1, 2 et 3.	N'implique <u>pas</u> la patiente dans l'élaboration d'un plan.

5. PRISE EN CHARGE : QUESTIONS DE FIN DE VIE

Plan	Trouver un terrain d'entente
<p>1. Indiquer que ce deuil est normal.</p> <p>2. Proposer du counselling/soutien par le candidat lui-même et/ou un service de soins palliatifs.</p> <p>3. Proposer des soins de suivi afin de discuter des questions de fin de vie.</p> <p>4. Proposer une rencontre avec les membres de la famille pour les aider à comprendre la situation de la patiente.</p>	<p>Les comportements qui témoignent des efforts pour impliquer la patiente sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. favoriser la discussion. 2. donner à la patiente des occasions de poser des questions. 3. encourager la rétroaction (« feedback »). 4. s'assurer que les informations sont claires et obtenir un consensus. 5. clarifier tout malentendu. <p>Cette liste servira comme guide et ne se veut pas une liste à vérifier point par point. Il faut s'en inspirer pour saisir le genre de comportement que l'examinatrice doit rechercher.</p>

Hautelement certifiable	Couvre les points 1, 2, 3 et 4.	S'informe activement des idées et des désirs de la patiente entourant la prise en charge. Implique la patiente dans l'élaboration d'un plan et cherche ensuite à obtenir ses commentaires et réactions (« feedback »). Encourage la patiente à participer activement à la prise de décision.
Certifiable	Couvre les points 1, 2 et 3.	Implique la patiente dans l'élaboration d'un plan. Fait preuve de souplesse.
Non certifiable	Ne couvre <u>pas</u> les points 1, 2 et 3.	N'implique <u>pas</u> la patiente dans l'élaboration d'un plan.

6. STRUCTURE ET DÉROULEMENT DE L'ENTREVUE

Les autres composantes de la pondération touchent des aspects précis de l'entrevue. Cependant, il est important d'évaluer l'entrevue dans son ensemble. La rencontre avec la patiente devrait être structurée, avec rythme et débit appropriés, et le candidat devrait toujours adopter une approche centrée sur la patiente.

Les techniques ou qualités suivantes sont jugées importantes et devraient transparaître tout au long de l'entrevue :

1. Bonne direction avec ordre et structure.
2. L'entrevue devrait plutôt revêtir la forme d'une conversation que d'un interrogatoire.
3. Souplesse et bonne intégration de toutes les composantes de l'entrevue; celle-ci ne devrait pas être fragmentée ou saccadée.
4. Accorder une priorité adéquate aux problèmes, avec efficacité et efficience du temps accordé aux diverses composantes de l'entrevue.

Hautement certifiable	Démontre une capacité supérieure à mener une entrevue avec un excellent sens d'intégration, et évidence que l'entrevue comporte un début, une progression ou développement et une fin. Favorise la conversation et la discussion en demeurant souple et en maintenant un débit et un équilibre appropriés. 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 appropriée. Utilise efficacement son temps.
Non certifiable	Démontre une capacité limitée ou insuffisante de mener une entrevue intégrée. L'entrevue manque fréquemment de direction ou de structure. Le candidat ne sera pas souple ou sera trop rigide, avec un ton démesurément interrogatif. N'utilise pas son temps efficacement.