
THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

EXAMEN DE CERTIFICATION EN MÉDECINE FAMILIALE

ENTREVUE MÉDICALE SIMULÉE

ROBERT MARTIN

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 vise à 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.

Selon le Collège, les médecins de famille qui utilisent une approche centrée sur le patient répondent plus efficacement 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 classique axée sur la maladie (où la physiopathologie, le tableau clinique, l'anamnèse, le diagnostic et le traitement permettent de cerner l'état 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 est plus efficace si 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 déterminer les répercussions sur le fonctionnement de l'individu. Les candidats sont aussi évalués sur leur volonté manifeste et leur capacité de faire participer 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 à faire face à 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) vise à mesurer la capacité du candidat à prendre en charge le cas d'un patient qui a

- 1. un enfant exhibant/manifestant des comportements atypiques;**
- 2. une polyarthrite consécutive à la colite ulcéreuse.**

La description du cas et la feuille de pondération vont préciser les sentiments, les idées et les attentes du patient ainsi qu'une approche acceptable de sa 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 du patient. Un ou plusieurs problèmes vous seront présentés et vous progresserez à partir des renseignements fournis. Vous ne devrez pas faire d'examen physique lors de cette visite.

2. PONDÉRATION

Vous serez jugé par le patient/l'examineur, à partir de critères prédéterminés pour ce cas. Nous vous conseillons de ne pas solliciter d'information de l'examineur 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 du patient est responsable de mesurer le temps pendant l'entrevue. À 12 minutes, l'examineur vous informera qu'il ne vous reste que trois minutes. Au cours de ces trois dernières minutes, vous devrez terminer la discussion avec le patient/l'examineur.

À 15 minutes, l'examineur vous signalera que l'entrevue est terminée. Vous devrez cesser immédiatement et laissez à l'examineur les notes que vous aurez prises pendant l'examen.

4. LE PATIENT

Vous verrez M. **ROBERT MARTIN**, 38 ans, un nouveau patient qui se présente à votre cabinet.

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.

**10 conseils du CMFC pour la préparation des examinateurs
des Entrevues médicales simulées**

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 d'un patient souffrant d'alcoolisme et sa façon d'être sur la défensive;
- L'embarras d'une personne présentant un problème sexuel;
- L'anxiété d'une personne atteinte d'une maladie terminale;
- La timidité d'une adolescente qui vient vous demander des contraceptifs oraux.

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? Sera-t-il ouvert, timide, désagréable, hautain, sur la défensive, etc.?
 - Quelle sera la facilité d'expression d'une personne de ce niveau d'éducation et de cette classe sociale? Quel jargon, quelles expressions et quel langage corporel utilisera-t-elle?
 - Quelles seront ses réactions aux questions posées par un nouveau médecin? L'agressivité lorsqu'on soulève un problème d'abus d'alcool? La réticence face aux questions touchant les relations familiales?
2. Ne donnez pas trop d'information spontanément. C'est une erreur courante. Laissez le candidat mener une entrevue centrée sur le patient afin qu'il obtienne les renseignements désirés pour bien cerner le problème. L'EMS est structurée de façon à vous permettre de donner deux ou trois indices spécifiques qui orienteront le candidat vers les vrais problèmes, que ce soit l'abus d'alcool, les craintes d'ordre sexuel, les inquiétudes face au sida, etc.

Vous avez déjà vous-même vécu le stress de cet examen. Il est normal d'avoir pitié du pauvre candidat qui est nerveux et qui transpire devant vous. 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. Si les candidats n'ont pas réussi à trouver la bonne piste après leur avoir donné les deux ou trois 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. Beaucoup de candidats ne seront pas d'origine francophone et pourraient éprouver des problèmes de langue. Il se pourrait qu'ils ne comprennent pas les subtilités des indices verbaux et du jargon utilisé (p. ex., « je prends seulement une couple de bières par jour, docteur »). Le Collège est fier de savoir que de si nombreux médecins, parmi lesquels plusieurs sont relativement âgés et proviennent de pays étrangers, demandent leur admissibilité à l'examen. La médecine transculturelle est un domaine en soi, et ces médecins peuvent dispenser d'importants services pour traiter la grande population d'immigrants du Canada. Ces médecins devront également prendre en charge des patients nés au Canada; pour être équitable, ne modifiez pas votre façon d'agir ou de parler pendant l'examen de ces candidats. Toutefois, n'hésitez pas à écrire sur la feuille de pondération « possibilité de difficulté de langue », si vous croyez que c'est le cas.
4. Il arrivera occasionnellement qu'un candidat oblique vers une tangente ou adopte un questionnaire complètement non productif. Pendant cet examen, vous devrez marcher sur la corde raide afin de ne pas donner trop d'information mais, également, ne pas orienter le candidat vers une voie totalement inappropriée. Le temps est limité. Si un candidat vous semble adopter un questionnaire complètement non productif, répondez « non » (ou négation semblable) de façon ferme et décisive, en adoptant le langage corporel approprié. De façon subtile, cette attitude permettra au candidat de constater qu'il est en train de perdre plusieurs minutes précieuses.
5. Vos réactions ne doivent pas être exagérées. Il n'y a pas de place dans cet examen pour des gestes bizarres ou hystériques, des gesticulations des bras ou une tenue vestimentaire inappropriée (p. ex., un menuisier à la retraite ne se présentera probablement pas vêtu d'un habit de 500 \$). Gardez toujours à l'esprit la réaction d'une personne face à un médecin qu'elle n'a jamais rencontré.
6. À mesure que se dérouleront les examens, vous commencerez véritablement (et c'est ce que nous souhaitons) à **être** le patient. Vous constaterez que vous serez plus à l'aise avec certains « médecins », moins à l'aise avec d'autres. Certains feront l'entrevue de la façon dont vous l'auriez faite et d'autres la feront d'une façon différente. Nous vous demandons de noter chaque candidat le plus objectivement possible sur la base des critères que nous vous avons fournis.
7. N'oubliez pas de donner les indices! Il nous arrive à tous d'oublier de donner un indice de temps à autre. Dès que vous vous rendez compte que vous avez oublié un indice, donnez-le le plus tôt possible. Parfois, vous pourriez ne pas être certain s'il est nécessaire de le faire ou si le candidat n'a pas déjà couvert l'aspect qui devait susciter l'indice pour le guider. Dans l'incertitude, **mieux vaut donner l'indice.**
8. Portez attention aux instructions relatives à la tenue vestimentaire et au jeu de rôle. 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 rencontre avec les candidats.
9. N'oubliez pas d'indiquer au candidat qu'il reste trois minutes! C'est l'une des plaintes les plus courantes que nous exprimons les candidats lorsqu'ils demandent une révision de leurs résultats. Pour vous assurer qu'il n'y ait pas de malentendu, donnez un signal à la fois verbal et visuel. Dites quelque chose du genre « **Il vous reste trois minutes.** » et indiquez-le en montrant trois doigts.

Après avoir indiqué qu'il reste trois minutes, ne donnez pas d'autre information. Limitez-vous à répondre seulement aux questions directes ou aux demandes de clarification. Si le candidat termine avant que l'alarme ait sonné, restez assis en silence jusqu'à ce que le son de l'alarme se fasse entendre. Ne lui donnez pas d'autre information ou ne l'informez pas qu'il lui reste du temps.
10. Rappelez-vous l'importance de bien respecter le scénario et d'aider le Collège en documentant clairement et adéquatement, au verso de la feuille de pondération, les détails de l'entrevue, particulièrement dans le cas des candidats « problèmes ».

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

DESCRIPTION DU CAS

INTRODUCTION

Vous êtes M. **ROBERT MARTIN**, un comptable de 38 ans qui a récemment emménagé dans cette ville avec son épouse et ses deux enfants. Vous êtes ici aujourd'hui car depuis peu, votre fils aîné, **MARC MARTIN**, 10 ans, exhibe des comportements bizarres. De plus, vous avez présenté récemment une exacerbation de la colite ulcéreuse associée à des douleurs articulaires.

HISTORIQUE DU PROBLÈME

Comportement du fils

Marc a toujours été en bonne santé et toujours obtenu de bons résultats scolaires. Il n'a jamais eu de problèmes développementaux. Avant d'emménager dans cette ville il y a deux mois, il avait des amis proches à son ancienne école. Depuis ces deux dernières semaines, toutefois, votre épouse, **RACHEL MARTIN**, et vous-même, trouvez son comportement inquiétant. Votre fils se met à applaudir subitement et à crier fort. Ses accès ne durent que quelques secondes, mais Marc semble en éprouver de la gêne.

La première fois que c'est arrivé, vous étiez chez vous un samedi matin, et il regardait calmement des dessins animés à la télévision avec son frère, **WILLIAM MARTIN**, sept ans. Cet accès subit vous a tous fait sursauter. William a commencé à rire car il pensait que Marc faisait une plaisanterie. Quant à lui, Marc semblait confus. Vous lui avez dit de rester calme, et il vous a répondu qu'il ne savait pas pourquoi il avait agi ainsi. « C'est arrivé comme ça », a-t-il affirmé.

Il a eu un accès identique le lendemain, alors que vous étiez à l'église. Marc s'est mis soudain à applaudir de manière répétitive et à crier « Ow! ». Rachel et vous l'avez réprimandé, mais un aspect de ces crises vous a tous deux inquiétés, car Marc était manifestement embarrassé par ces épisodes. Une fois chez vous, vous lui avez posé des questions et il vous a encore répondu : « c'est juste arrivé comme ça »; il était en larmes.

Les choses se sont aggravées la semaine dernière. En effet, l'enseignante de 5^e année de Marc a téléphoné à Rachel pour lui dire qu'il avait dérangé deux fois la classe pendant la journée en applaudissant et en criant. Elle voulait savoir si votre fils souffrait de problèmes psychiatriques ou comportementaux dont elle devait être

avisée. Votre épouse l'a informée que ces comportements étaient entièrement nouveaux, et qu'ils vous alarmaient aussi. L'enseignante vous a suggéré à tous de les ignorer complètement pour l'instant, au cas où il s'agirait d'un symptôme de stress lié au changement d'école.

Rachel et vous vous en êtes tenus à sa suggestion la semaine dernière, mais les épisodes sont devenus plus fréquents. Les accès se sont produits deux ou trois fois par soirée, et quelques fois même durant la journée à l'école. Marc est manifestement contrarié par ces épisodes; il vous a dit qu'il n'arrivait pas à les faire cesser et que les enfants à l'école se moquaient de lui. Votre épouse et vous lui avez donné des conseils généraux pour faire face aux railleries et aux mauvais traitements, mais à ce stade, vous avez convenu qu'il fallait voir un médecin. Néanmoins, vous vous efforcez encore de suivre le conseil de l'enseignante et « de ne pas en faire tout un plat ». Vous avez donc pris rendez-vous aujourd'hui afin de pouvoir discuter du comportement de Marc avec un médecin, avant de le faire consulter. Rachel ne pouvait s'absenter au travail.

Marc est un enfant turbulent. Vous vous êtes déjà demandé s'il ne faisait pas « un peu de TDAH », mais il n'avait jamais crié ni agi de la sorte auparavant. D'après Rachel et vous, Marc n'a pas été particulièrement stressé par le changement d'école. Ses anciens amis lui manquent, mais il n'appréhendait pas le passage à la nouvelle école. Vous ne pensez pas qu'il ait été victime de mauvais traitements, mais l'idée que ces accès puissent l'empêcher de se faire de nouveaux amis et de s'intégrer vous préoccupe. Son sommeil et son appétit sont normaux. Il n'a pas crié ni applaudi pendant la nuit.

En général, les accès durent moins d'une minute et ne provoquent pas d'incontinence. Marc ne semble ni confus ni « désorienté » après les crises. Il ne se plaint pas de céphalées et semble courir, jouer et agir normalement entre les épisodes.

Ses vaccins sont à jour. Jusqu'à présent, il était suivi par votre ancien médecin de famille (MF), **le Dr SIMON**, qui était présent à l'accouchement de vos deux enfants, et qui s'occupait de toute la famille.

Polyarthrite découlant de la colite ulcéreuse

Depuis les trois derniers mois, vous ressentez une raideur dans la région lombaire le matin au lever. Cette raideur s'accompagne d'une douleur légère mais non incapacitante, et qui n'irradie pas. Elle ne semble affecter que la région lombaire.

Vous arrivez à « l'éliminer » en marchant, mais vous n'en comprenez pas la cause. Vous n'avez jamais éprouvé de douleur au dos, et vous ne pensez pas avoir subi une

entorse au dos. Vous n'avez que 38 ans et considérez que cela ne devrait pas vous arriver.

Il y a un mois et demi environ, vous avez présenté une enflure et une douleur au poignet gauche. Vous avez présumé que cela était dû au déballage des boîtes après votre emménagement récent, mais vous ne vous souvenez pas de vous être fait une entorse au poignet. Vous avez dû laisser votre épouse s'occuper du déballage car votre douleur au poignet était assez intense. Elle a duré près d'une semaine et a graduellement disparu avec l'ibuprofène.

Il y a trois semaines, vous avez souffert d'une enflure et d'une douleur au genou droit pendant cinq jours. Vous n'avez pas subi de traumatisme et ne saviez pas du tout pourquoi votre genou était si douloureux et si enflé. Il n'était pas rouge et ne vous semblait pas chaud. Vous avez repris de l'ibuprofène, et cela a paru régler le problème. Apparemment, ce médicament a aussi contribué à soulager un peu votre dos. Vous ne présentez pas d'enflure articulaire aujourd'hui.

Il n'y a pas d'antécédents d'arthrite dans votre famille. C'est la première fois que vous avez des symptômes de ce genre. Vous n'avez pas contracté d'infections ni de maladies dernièrement, et n'avez pas pris d'antibiotiques pour quelque raison que ce soit. Vous n'avez pas voyagé à l'étranger récemment.

Dans le passé, vous avez déjà reçu une prise en charge de suivi pour la colite ulcéreuse. L'affection était « calme » depuis trois ans, mais on vous a prévenu que vous pouviez connaître des récurrences à tout moment.

Depuis trois ans, vos selles sont normales la plupart du temps. Vous évacuez à peu près une fois par jour, sans douleur ni saignement. Il arrive que vos selles soient plus fréquentes pendant quelques jours d'affilée. Dans ce cas, elles peuvent se présenter deux ou trois fois par jour, et être associées à une certaine douleur rectale et à l'élimination de mucus. Jusqu'à maintenant, ces épisodes ont duré moins d'une semaine, et n'ont pas été accompagnés de saignements. La colite ulcéreuse « a resurgi » il y a deux semaines, mais vos selles sont normales depuis une semaine. Vous n'avez pas vu de lien entre vos symptômes intestinaux et le stress.

Votre gastroentérologue vous avait suggéré de passer une sigmoidoscopie tous les 5 à 10 ans, et votre dernier examen remonte justement à il y a trois ans.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Vous avez été en très bonne santé toute votre vie jusqu'à votre premier épisode de colite à l'âge de 30 ans. La colite s'est manifestée graduellement par des selles fréquentes de type muqueux et une certaine douleur pendant la défécation. Après environ trois semaines, vous avez consulté votre MF. Le D^r Simon vous a fait passer plusieurs tests, y compris des cultures de selle et des analyses de sang, avant de

vous orienter vers un gastroentérologue local qui a effectué une coloscopie. Les résultats de l'examen et la biopsie ont permis de confirmer ce que le gastroentérologue a décrit comme une colite ulcéreuse « légère ». Les médecins étaient rassurés par le fait que la douleur n'était pas intense et qu'il y avait très peu de sang dans les selles. À l'époque, vous vous êtes dit que vous n'aimeriez vraiment pas savoir ce qu'était une douleur « intense »! Ils vous ont également appris que la maladie était limitée au rectum pour l'instant.

Le gastroentérologue a indiqué au D^r Simon que votre maladie pouvait être prise en charge par la mésalamine (Asacol) à raison de 800 mg trois fois par jour pendant six semaines. La posologie a été ramenée à deux fois par jour après la résolution de vos symptômes. Vous avez continué à respecter cette posologie pendant plusieurs mois, puis avez discuté avec votre médecin de la possibilité d'arrêter le traitement. Vous avez présenté des nausées légères à cause du médicament; vous avez accepté de poursuivre le traitement s'il le fallait, mais vous préféreriez n'y recourir qu'en cas de nécessité. Vous avez soupesé les avantages et les inconvénients du traitement d'entretien, et avez opté pour l'arrêt de la pharmacothérapie. Depuis, vous n'avez connu qu'une seule exacerbation de la colite, il y a environ trois ans, et vous avez alors dû reprendre de la mésalamine pendant quelques mois. Vous présentez des exacerbations légères occasionnelles et des selles de type muqueux ou plus fréquentes pendant quelques jours, mais cela ne vous inquiète pas à moins que les épisodes durent plus d'une semaine, ou qu'il y ait du sang dans vos selles. Vous savez très bien qu'en pareil cas, vous devrez reprendre la pharmacothérapie.

À l'époque de votre premier épisode, le gastroentérologue vous a d'ailleurs expliqué que vous aviez un risque accru de cancer de l'intestin et d'autres complications. C'est pourquoi il vous a recommandé de passer une sigmoïdoscopie à peu près tous les cinq ans. La dernière remonte à il y a trois ans. Vous ne vous souvenez pas très bien de la conversation que vous avez eue à ce sujet. Dès que le spécialiste a mentionné le cancer, vous « avez oublié tout le reste ». Vous ne vous rappelez pas avoir abordé avec lui le problème de l'arthrite liée à la colite, mais il se peut qu'il vous en ait parlé. Vous n'êtes pas du genre à faire des recherches sur les maladies sur Internet.

Le D^r Simon dispose de tous vos dossiers et vous a proposé de les transférer dès que vous aurez trouvé un médecin dans cette nouvelle ville. Rachel et vous aurez vraiment espéré pouvoir continuer à le voir. Vous aviez de bons rapports avec lui, et ne pouvez que souhaiter qu'il en soit ainsi avec votre nouveau MF.

CHIRURGIE

Vous n'avez jamais subi d'interventions chirurgicales.

MÉDICATION

- Vous ne prenez aucun médicament sur une base régulière.
- Vous ne prenez pas de suppléments.
- Récemment, vous avez pris de l'ibuprofène sans ordonnance pour soulager la douleur articulaire.
- Dans le passé, vous avez pris de la mésalamine pour le traitement et la suppression de la colite ulcéreuse.

RÉSULTATS DES TESTS DE LABORATOIRE

- Aucun résultat disponible.
- Vous ne savez pas quelles analyses de sang ont été effectuées au moment du diagnostic de votre colite ulcéreuse.

ALLERGIES

Vous ne souffrez pas d'allergies connues.

IMMUNISATIONS

Tous vos vaccins sont à jour.

MODE DE VIE

Tabac :

Vous n'avez jamais fumé.

Alcool :

Vous consommez trois ou quatre boissons alcoolisées par semaine. En règle générale, il s'agit d'un verre de vin avec Rachel en soirée ou avec un client lors des repas d'affaires du midi.

Caféine :

Vous buvez quatre tasses de café par jour.

Drogues illicites :

Vous ne prenez pas de drogues illicites.

Alimentation :

Vous avez une alimentation nord-américaine « normale », plutôt bien équilibrée. Comme Rachel se préoccupe de votre état de santé général, elle vous encourage à bien manger.

Exercice et loisirs :

Vous n'avez pas encore de routine établie dans cette nouvelle ville; vous aviez l'habitude d'aller au gym trois fois par semaine avant de déménager. Rachel et vous jouez au tennis l'été. Vous aimez faire du vélo.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Vos parents sont dans la jeune soixantaine et, à votre connaissance, n'ont pas de problèmes de santé. Votre grand-mère paternelle est encore en vie et bien portante. Vos autres grands-parents sont morts « à un âge avancé ». En dehors des « bobos » de personnes âgées, vous ne pensez pas qu'il y ait des antécédents de cancer, de maladie intestinale ou de maladie rhumatismale dans votre famille, pas plus que de trouble psychiatrique, de maladie neurologique dégénérative ou de crise convulsive.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Famille d'origine

Vous avez grandi dans un foyer heureux, avec un frère aîné et une sœur cadette. Votre père était directeur de bureau; votre mère est restée à la maison pour s'occuper des enfants.

Votre frère s'est enrôlé dans l'armée au début de la vingtaine, et il travaille toujours pour les forces armées. Il est marié et a deux enfants, un peu plus âgés que les vôtres. Les cousins ne se voient pas souvent car la famille de votre frère voyage beaucoup avec les troupes.

Votre sœur cadette travaille comme agente immobilière. Elle est lesbienne et célibataire. Elle aime s'occuper de ses chats.

Mariage

Vous avez rencontré Rachel à l'époque où vous étiez tous les deux à l'université. Vous étudiez en gestion, et elle en travail social. Vous fréquentiez aussi la même église. Rachel chantait dans la chorale. Après être sortis ensemble pendant quelques années, vous avez décidé de vous marier. Vous aviez obtenu votre diplôme et veniez juste de commencer à travailler comme stagiaire. Vous aviez tous les deux 26 ans.

HISTOIRE DES ÉTUDES ET DU TRAVAIL

Vous avez fini vos études secondaires (le CÉGEP [si l'examen/l'entrevue a lieu au Québec]) avec de bonnes notes. Puis vous avez étudié à l'université et obtenu un diplôme de gestion. Vous avez ensuite réussi vos examens de comptable agréé. Vous avez commencé à travailler dans une grosse banque. Votre transfert dans cette ville est le résultat d'une promotion.

FINANCES

Vous êtes assez à l'aise financièrement. Vous gagnez un bon salaire à la banque, et détenez une bonne assurance. Votre régime couvrirait toutes dépenses médicales additionnelles. (Vous le préciserez si le candidat cherche à savoir si vous pouvez vous permettre des traitements ou des thérapies privés.)

Rachel a trouvé un travail au ministère des Services sociaux local : elle est chargée de la planification résidentielle pour les personnes âgées en perte d'autonomie. C'est le genre d'emploi qu'elle occupait dans votre ville d'origine. Elle a commencé cette semaine, et semble très emballée.

RÉSEAU DE SOUTIEN

L'installation dans cette nouvelle ville vous a privé de vos soutiens habituels. Vous devez vous faire de nouveaux amis. Vous fréquentez l'église le dimanche, mais ne connaissez encore personne dans cette congrégation.

Votre famille et celle de Rachel habitent dans votre ancienne ville. Vous êtes tous les deux proches de vos parents, et vous vous confiez à eux au sujet de Marc et de son comportement bizarre. Les grands-parents des deux côtés sont inquiets, mais vos parents semblent prêts à accepter l'explication voulant qu'il s'agisse d'un problème comportemental temporaire lié au stress.

Rachel est fille unique, et ses parents adorent leurs petits-enfants. Votre départ a été très difficile pour eux. Maintenant que Marc a un problème, ils sont pratiquement fous d'inquiétude. Ils vous téléphonent chaque jour pour savoir « si c'est encore arrivé ». Ils étaient très soulagés de savoir que vous alliez consulter un médecin. En ce moment, ils sont davantage une « source d'anxiété » que de soutien. Néanmoins, vous savez que toute la famille éloignée des deux côtés est prête à vous aider de quelque manière que ce soit si l'un de vos enfants tombait malade ou était incapable de prendre soin de lui-même.

RELIGION

Votre famille et vous fréquentez l'église (choisissez une confession ou une communauté de foi). Vous vous considérez comme un homme de foi; pour Rachel et vous, il est important d'élever les enfants dans les valeurs de l'église (ou d'une synagogue ou d'une mosquée). La crise de Marc pendant le sermon vous a embarrassé, d'autant que vous êtes des nouveaux membres de la congrégation. Le soutien de votre ancienne communauté de foi vous manque.

ATTENTES

Rachel et vous priez pour que le problème de Marc « finisse par disparaître ». Il arrive à un très mauvais moment. Vous êtes en train de vous adapter à votre nouveau poste de cadre à la banque, Rachel commence un nouveau travail, vous avez à peine déballé vos boîtes, votre famille et vos amis vous manquent à tous, vos articulations se sont mystérieusement mises à enfler, et votre enfant agit bizarrement. Votre principale inquiétude concerne Marc. Vous espérez que le MF vous rassurera en vous disant qu'il s'agit simplement d'une « phase » normale.

DIRECTIVES DE JEU

*Écrit à partir des sentiments et des idées du patient,
et des conséquences/répercussions sur son fonctionnement.*

Vous portez un costume, comme si vous sortiez directement de la banque. Vous êtes nerveux à l'idée de rencontrer le nouveau médecin. Vous aviez une très bonne relation avec le D^r Simon, et vous espérez pouvoir accorder la même confiance à ce nouveau médecin.

Lorsque vous parlez de Marc, vous affichez une inquiétude évidente et souhaitez être rassuré. Vous souhaitez tellement que tout aille bien, que vous vous excusez presque de faire perdre son temps au MF. Vous pouvez dire des phrases de ce type :

1. « Je suis sûr que ce n'est rien, mais cela nous inquiète. »
2. « L'enseignante pense que nous ne devrions pas y prêter trop d'attention, mais nous sommes quand même inquiets. »
3. « Mon épouse est assez inquiète, même si nous espérons que cela finira par disparaître comme le croit l'enseignante. »
4. « Devrions-nous nous inquiéter? »

Si le candidat vous rassure **de manière inadéquate** (c.-à-d. s'il pense que Marc présente un simple problème comportemental lié au stress, ou qu'il fait l'idiot), exprimez vos inquiétudes avec un peu plus d'intensité. Vous pouvez faire des remarques de ce genre :

1. « C'est toujours un très bon garçon; nous ne comprenons pas d'où vient ce comportement. »
2. « Cela ne paraît simplement pas normal. »
3. « Je n'ai pas vu d'autres enfants agir comme ça. »

Votre **SENTIMENT** est l'inquiétude. Le candidat n'aura probablement pas besoin de vous interroger à ce sujet, car vous lui avez déjà dit que vous étiez inquiet. S'il vous pose des questions, vous pouvez répondre : « Eh bien, je pense que nous sommes inquiets; vous croyez que nous devrions l'être? »

Votre **IDÉE** est que Marc exhibe simplement un certain type de comportement à cause du changement d'école, mais que ce pourrait être aussi le signe d'un trouble grave. Si le candidat insiste, vous pouvez déclarer par exemple « J'espère que ce n'est rien et que ça finira par disparaître – mais les enfants atteints de problèmes mentaux commencent-ils par agir de cette façon? ». Ce commentaire fera savoir au candidat que Rachel et vous ne savez vraiment pas à quoi vous attendre. Peut-il s'agir du stade initial d'une maladie mentale? De l'épilepsie? D'une tumeur au cerveau?

L'histoire montre clairement qu'il n'y a aucun impact sur le **FONCTIONNEMENT** à ce stade, et il serait très curieux que le candidat vous pose une question à ce sujet. Dans cette éventualité, vous pouvez répliquer : « Que voulez-vous dire? »

Vos **ATTENTES** sont que le médecin soit en mesure de vous donner une idée de ce qui se passe. Vous vous attendez à ce qu'il vous demande de voir Marc très vite, s'il était possible qu'il soit atteint d'un trouble plus grave qu'un problème comportemental passager lié au stress. Si le candidat vous dit qu'il doit voir Marc avant de suggérer ce qui ne va pas, demandez : « Alors, qu'est-ce qui peut causer ce comportement? »

Dans votre esprit, votre problème physique est mineur par rapport à celui de votre fils. Vous devez aborder la question de l'enflure et de la douleur aux articulations de manière presque désinvolte. L'invitation à en dire plus doit vous amener à faire quelques commentaires brefs, presque sur un ton d'excuse, au sujet de votre douleur articulaire. Soulignez le fait que vos articulations étaient vraiment enflées. Le candidat doit découvrir vos antécédents de colite ulcéreuse, soit en vous interrogeant sur les causes possibles d'inflammation articulaire, soit en vous posant des questions générales sur vos antécédents médicaux. Vous pouvez lui répondre par des commentaires de ce type :

1. « Oui, je suis atteint de colite ulcéreuse, mais cela me cause rarement des problèmes. J'ai présenté une légère exacerbation il y a deux semaines, mais les choses sont redevenues normales. »
2. « Je sais que je vais devoir prendre rendez-vous avec vous à ce sujet dans quelque temps. Le médecin de famille qui nous traitait avant que je déménage m'a recommandé de prendre rendez-vous avec quelqu'un ici pour que ce problème soit suivi. »

Votre **SENTIMENT** est une contrariété d'ordre pratique car ce problème survient en même temps que de nombreux autres soucis dans votre vie.

Votre **IDÉE** est que vous souffrez peut-être d'un type d'arthrite au stade initial. Vous pouvez dire « Je ne sais pas. Pensez-vous qu'il pourrait s'agir de l'arthrite? Je n'ai que 38 ans! Mais c'est bizarre que mon poignet et mon genou aient enflé sans raison. » Vous ne soupçonnez pas du tout de lien entre la colite ulcéreuse et les lésions articulaires.

Il n'y a pas vraiment eu d'effet majeur sur votre **FONCTIONNEMENT**, à ceci près que vous avez dû laisser votre épouse s'occuper du déballage des boîtes. Vous boitez pas mal lorsque votre genou était enflé, mais vous pouviez quand même marcher. La douleur au dos fait en sorte qu'il vous faut un peu plus de temps pour démarrer votre journée le matin, mais votre journée se passe normalement.

Vos **ATTENTES** sont que le MF « voudra probablement vous faire passer des radiographies ou d'autres examens ». Vous aimeriez bien que ces examens soient effectués bientôt, mais vu votre état d'esprit actuel, ce n'est pas une priorité pour vous.

Ces deux problèmes sont potentiellement complexes, et les diagnostics différentiels possibles nombreux. Le candidat hautement qualifié ne diagnostiquera pas forcément le problème, mais en reconnaîtra la possible gravité, et suggérera des analyses diagnostiques raisonnables. Vous devez quitter son cabinet avec de justes préoccupations au sujet de Marc et de vos propres problèmes articulaires, mais en pensant que les problèmes « seront réglés ».

LISTE DES PERSONNAGES MENTIONNÉS

- ROBERT MARTIN :** Le patient, comptable de 38 ans souffrant d'enflure articulaire et de colite ulcéreuse.
- RACHEL MARTIN :** Épouse de Robert, 38 ans, travailleuse sociale; s'est mariée avec lui il y a 12 ans.
- MARC MARTIN :** Fils de Rachel et Robert, âgé de 10 ans, qui présente des comportements incontrôlables stéréotypés.
- WILLIAM MARTIN :** Fils de Robert et Rachel, âgé de sept ans.
- Dr SIMON :** Ancien MF de Robert.

*Il est peu probable que le candidat vous demande le nom d'autres personnages.
Si c'est le cas, vous pouvez les inventer.*

CHRONOLOGIE

Aujourd'hui :	Rendez-vous avec le candidat.
Il y a deux semaines :	Premier accès de Marc.
Il y a trois semaines :	Apparition d'une enflure et d'une douleur au genou droit.
Il y a six semaines :	Apparition d'une enflure et d'une douleur au poignet gauche.
Il y a deux mois :	Emménagement dans cette ville.
Il y a trois mois :	Début de la raideur à la région lombaire.
Il y a trois ans :	Dernière exacerbation de la colite ulcéreuse/dernière sigmoidoscopie.
Il y a sept ans :	Naissance de William.
Il y a huit ans :	Diagnostic de colite ulcéreuse.
Il y a 10 ans :	Naissance de Marc.
Il y a 12 ans :	Mariage avec Rachel, à l'âge de 26 ans.
Il y a 38 ans :	Naissance.

INDICES À DONNER AU CANDIDAT

ÉNONCÉ INITIAL :

« Je vous remercie d'avoir accepté de me prendre Docteur. Nous venons d'emménager dans cette ville et mon fils Marc affiche un comportement étrange. »

LORSQU'IL RESTE 10 MINUTES : *

Si le candidat n'a pas soulevé la question de vos symptômes de l'arthrite, il faut dire : « **Les choses n'ont cessé de s'accumuler depuis que nous avons déménagé. J'ai commencé à ressentir une douleur aux articulations.** »

LORSQU'IL RESTE 7 MINUTES : *

Si le candidat n'a pas soulevé la question des comportements du fils, il faut dire : « **J'espère que nous pouvons faire quelque chose pour Marc.** »

(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 à 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 de couper le candidat au milieu d'une phrase ou d'interrompre 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 certains désaccords si on vous pose une question, mais sans fournir de nouveaux renseignements volontairement. Vous devez permettre au candidat de conclure l'entrevue pendant ces dernières minutes.

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

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 comme couvert lorsque le candidat a abordé **AU MOINS 50 %** des éléments énumérés sous chaque point dans la case **DE 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 explore activement le vécu des symptômes pour en arriver à une compréhension approfondie. Pour ce faire, il utilise intentionnellement ses habiletés de communication : 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). Il 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 utilise. 	<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 » plutôt que « urine »).
<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"> S'assure que 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. Il s'assure que le type de contact physique convient au 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>Habiletés d'expression</p> <p>Expression verbale</p> <ul style="list-style-type: none"> Ses habiletés lui permettent d'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. Emploie un 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, physiopathologie, effets secondaires). Clarifie la manière dont le patient aimerait 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.

(1) Allen T, Bethune C, Brailovsky C, Crichton T, Donoff M, Laughlin T, Lawrence K, Wetmore S. 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 février 2011]. En ligne : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/Objectifs%20evaluation%20en%20medecine%20familiale.pdf>

1. IDENTIFICATION : COMPORTEMENT DU FILS

COMPORTEMENT DU FILS	VÉCU DES SYMPTÔMES
<p><u>Les points à couvrir sont :</u></p> <p>1. Anamnèse :</p> <ul style="list-style-type: none">• Apparition soudaine.• Accès plus fréquents.• Se sont produits à l'école et à l'église.• L'enfant ne peut pas contrôler ou expliquer son comportement. <p>2. Facteurs psychologiques :</p> <ul style="list-style-type: none">• Aucun antécédent de comportement perturbateur dans le passé.• Ne semble pas stressé (p. ex., il dort bien).• Aucun antécédent de problèmes d'intégration à l'école.• Les enfants à l'école se moquent maintenant de lui. <p>3. Facteurs neurologiques :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pas de confusion/de troubles cognitifs après les accès.• Aucune faiblesse avant ou après.• Pas d'incontinence.• Pas de céphalée.• Pas d'antécédents de comportement répétitif (tic). <p>4. Aucun antécédent familial de trouble psychiatrique et/ou neurologique.</p>	<p><u>Sentiments</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Inquiétude <p><u>Idées</u></p> <ul style="list-style-type: none">• C'est à cause du stress, mais peut-il s'agir de quelque chose de plus grave? <p><u>Conséquences/Répercussions sur le fonctionnement</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Aucune <p><u>Attentes pour cette visite</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Le MD expliquera ce qu'il est possible de faire. <p>Une compréhension satisfaisante de toutes les composantes (sentiments, idées, conséquences/répercussions sur le fonctionnement, attentes) est importante dans l'exploration du vécu des symptômes de ce patient.</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 du patient ou va même jusqu'à interrompre le patient (lui coupe la parole).

2. IDENTIFICATION : POLYARTHRITE/COLITE ULCÉREUSE

POLYARTHRITE/COLITE ULCÉREUSE	VÉCU DES SYMPTÔMES
<p><u>Les points à couvrir sont :</u></p> <p>1. Histoire des douleurs articulaires:</p> <ul style="list-style-type: none">• Elles ont commencé avec une douleur dans la région lombaire.• Raideur matinale au dos.• Affection du genou et du poignet à des occasions séparées.• Enflure et douleur.• Non lié, chronologiquement, aux accès de colite ulcéreuse, dans son cas. <p>2. Antécédents de colite ulcéreuse :</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnostiquée il y a huit ans.• Décrite comme « une forme légère de colite ulcéreuse ».• Traitée par la mésalamine.• La dernière exacerbation grave remonte à il y a trois ans (il a dû prendre des médicaments). <p>3. Prise en charge jusqu'à présent/symptômes actuels :</p> <ul style="list-style-type: none">• On lui a indiqué qu'il devait passer une sigmoïdoscopie tous les cinq ans.• Il a choisi de ne pas suivre de traitement d'entretien.• Il sait que l'affection est associée à un risque accru de cancer.• il y a deux semaines, il a présenté des selles fréquentes accompagnées de mucus pendant une semaine. <p>4. Aucune autre manifestation extra-intestinale de la colite ulcéreuse (p. ex. uvéite, érythème noueux, anémie hémolytique).</p>	<p>Sentiments</p> <ul style="list-style-type: none">• Contrarié par l'inconfort. <p>Idées</p> <ul style="list-style-type: none">• S'agit-il d'arthrite? <p>Conséquences/Répercussions sur le fonctionnement</p> <ul style="list-style-type: none">• Conséquences mineures : il a eu du mal à débarrasser les boîtes, il a boité, il a dû ralentir ses mouvements le matin. <p>Attentes pour cette visite</p> <ul style="list-style-type: none">• Le MF voudra probablement effectuer certains tests. <p>Une compréhension satisfaisante de toutes les composantes (sentiments, idées, conséquences/répercussions sur le fonctionnement, attentes) est importante dans l'exploration du vécu des symptômes de ce patient.</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 du patient ou va même jusqu'à interrompre le patient (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. Problèmes liés au cycle de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marié avec deux enfants. • Nouvel emploi. • Emménagement dans cette nouvelle ville. • Sa femme travaille aussi. <p>2. Soutiens sociaux/personnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'appuie sur sa foi. • N'a pas encore tout à fait intégré la communauté religieuse. • Émotionnellement proche de ses parents et de ses beaux-parents, mais à présent séparé d'eux par la distance. <p>3. La famille peut se permettre une thérapie/des traitements privés si nécessaire.</p>	<p>L'objectif est de mesurer la capacité du candidat à</p> <ul style="list-style-type: none"> • synthétiser la structure familiale et sociale du patient et les aspects de son développement personnel dans le contexte du vécu des symptômes; • exprimer ses observations et ses perceptions au patient 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>« Tout semble arriver en même temps, n'est-ce pas? Nous savons que le stress peut aggraver les choses. Le déménagement et un nouveau travail sont des facteurs stressants. Les enfants peuvent exhiber des comportements perturbateurs lorsqu'ils sont stressés, et la colite ulcéreuse peut s'aggraver. Mais je pense que vous réalisez qu'il serait faux de mettre tous ces problèmes sur le compte du stress. Il semblerait que ces affections accentuent votre stress mais n'en résultent pas, n'est-ce pas? Nous devons essayer de savoir ce qui se passe. Ce moment est particulièrement difficile pour vous et votre épouse car vous n'avez pas le soutien de votre famille ou de votre médecin habituel. »</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 au patient 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 <u>pas</u> 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 le patient (lui coupe la parole).

4. PRISE EN CHARGE : COMPORTEMENT DU FILS

PLAN	TROUVER UN TERRAIN D'ENTENTE
<p>1. Reconnaître qu'il ne s'agit pas d'un comportement normal.</p> <p>2. Discuter des diagnostics différentiels possibles, qui peuvent inclure le syndrome de Gilles de la Tourette, un syndrome épileptique atypique ou des compulsions.</p> <p>3. Expliquer les analyses possibles (p. ex. électroencéphalographie, orientation chez un neurologue).</p> <p>4. Envisager des services de soutien pour l'enfant afin de l'aider à faire face au problème à l'école (p. ex. ressources scolaires pour l'aider à faire face aux moqueries).</p>	<p>Comportements qui témoignent des efforts du candidat pour susciter la participation du patient :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser la discussion. 2. Donner au patient des occasions de poser des questions. 3. Encourager la rétroaction (« feedback »). 4. Veiller à ce que les informations soient claires et obtenir un consensus. 5. Clarifier tout malentendu. <p>Cette liste servira de 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'examineur doit rechercher.</p>

Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2, 3 et 4.	S'informe activement des idées et des désirs du patient entourant la prise en charge. Encourage le patient à participer dans l'élaboration d'un plan et cherche ensuite à obtenir ses commentaires et ses réactions (« feedback »). Encourage le patient à participer activement à la prise de décision.
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 <u>pas</u> les points 1, 2 et 3.	Ne fait <u>pas</u> participer le patient dans l'élaboration d'un plan.

5. PRISE EN CHARGE : POLYARTHRITE/COLITE ULCÉREUSE

PLAN	TROUVER UN TERRAIN D'ENTENTE
<p>1. Établir le lien possible avec la colite ulcéreuse.</p> <p>2. S'arranger pour obtenir tous les dossiers médicaux.</p> <p>3. Discuter des examens qui s'imposent (p. ex. les marqueurs inflammatoires pour les analyses de sang, des radiographies pour la région lombaire).</p> <p>4. Orienter vers un spécialiste du traitement de l'arthrite.</p>	<p>Comportements qui témoignent des efforts du candidat pour susciter la participation du patient :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser la discussion. 2. Donner au patient des occasions de poser des questions. 3. Encourager la rétroaction (« feedback »). 4. Veiller à ce que les informations soient claires et obtenir un consensus. 5. Clarifier tout malentendu. <p>Cette liste servira de 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'examineur doit rechercher.</p>

Hautement certifiable	Couvre les points 1, 2, 3 et 4.	S'informe activement des idées et des désirs du patient entourant la prise en charge. Encourage le patient à participer dans l'élaboration d'un plan et cherche ensuite à obtenir ses commentaires et ses réactions (« feedback »). Encourage le patient à participer activement à la prise de décision.
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 <u>pas</u> les points 1, 2 et 3.	Ne fait <u>pas</u> participer le patient 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 le patient doit être structurée, son rythme et son débit appropriés, et le candidat doit toujours adopter une approche centrée sur le patient.

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

- 1. Bonne direction avec ordre et structure.**
- 2. Le ton de l'entrevue doit être celui d'une conversation plutôt que celui 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, en gérant efficacement le temps accordé aux diverses composantes de l'entrevue.**

Hautement certifiable	Démontre une capacité supérieure de mener une entrevue avec un excellent sens d'intégration, et évidence que l'entrevue comporte un début, une progression ou un 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 d'orientation ou de structure. Le candidat n'est pas souple ou est trop rigide, et a un ton démesurément interrogatif. Il n'utilise pas son temps efficacement.