



MEDICAL COUNCIL OF CANADA LE CONSEIL MÉDICAL DU CANADA



# LIGNES DIRECTRICES sur L'ÉLABORATION de cas D'EXAMEN CLINIQUE OBJECTIF STRUCTURÉ (ECOS)



novembre 2013

## TABLE DES MATIÈRES

	Préface	3
	Introduction	4
<b>Étape 1</b>	Déterminer le but de l'examen	6
<b>Étape 2</b>	Déterminer ce que vous souhaitez évaluer	7
<b>Étape 3</b>	Établir les consignes à l'intention du candidat	9
<b>Étape 4</b>	Élaborer les outils d'évaluation	11
<b>Étape 5</b>	Élaborer du contenu et des questions relatives à un cas pour la Composante complémentaire à la rencontre	19
<b>Étape 6</b>	Compiler l'information pour le patient standardisé (PS) et les formateurs	21
<b>Étape 7</b>	Décrire l'aménagement de la salle et les accessoires	25
<b>Étape 8</b>	Vérifier, réviser et mettre à l'essai	26
	Remerciements	27
	Bibliographie	28
	Annexes	
	a. Exemple de grille de correction	29
	b. Exemples d'échelles d'évaluation	
	i. EACMC, partie II	30
	ii. Descripteurs de compétences de la CNE	31
	c. Ressources concernant les échelles d'évaluation	
	i. Critères applicables à l'échelle d'évaluation de la CNE	32
	ii. Exemple d'indications générales à l'intention de l'examineur	33
	d. Exemple d'une Composante complémentaire à la rencontre	34
	e. Réponses générales du PS dans son rôle	35
	f. Exemple d'un cas d'ECOS	36



## PRÉFACE

Chers lecteurs,

Le présent guide vise à donner des conseils sur l'élaboration et/ou la révision de cas d'examen clinique objectif structuré (ECOS) utilisés pour les examens pratiques du Conseil médical du Canada (CMC). Nous espérons que le guide aidera nos experts en contenu à être mieux préparés à élaborer des cas qui permettront une évaluation juste et valide des aptitudes des candidats.

Bien que la rédaction de cas soit un processus itératif exigeant plusieurs rondes de révision, nous avons divisé le processus d'élaboration des cas d'ECOS en huit étapes devant être accomplies de façon séquentielle.

Le présent guide n'a pas pour but de fournir un examen exhaustif de toutes les questions relatives à l'élaboration et à l'administration d'un ECOS. Par conséquent, certains sujets importants comme les procédés d'établissement des normes et la formation des évaluateurs n'y sont pas abordés.

Debra Pugh, MD FRCPC MHPE  
Vice-présidente, Comité central des examens du CMC

Sydney Smee, Ph.D.  
Gestionnaire, Initiatives stratégiques  
Bureau d'évaluation

novembre 2013



# INTRODUCTION

## Contexte

Un examen clinique objectif structuré (ECOS) est un examen pratique qui permet d'évaluer de façon normalisée des compétences cliniques. Depuis que la formule des ECOS a été décrite pour la première fois par Harden en 1975 (1), elle a fait l'objet de nombreuses études et a été largement adoptée par les établissements d'enseignement et les organisations d'évaluation à enjeux importants, dont le Conseil médical du Canada (CMC) (2-4).

Durant un ECOS, les candidats doivent accomplir diverses tâches cliniques dans un contexte clinique simulé, tout en étant évalués par des examinateurs à l'aide d'outils d'évaluation normalisés. Habituellement, les candidats passent d'une station à l'autre dans lesquelles ils interagissent avec un patient standardisé (PS). On peut aussi utiliser dans ce contexte des mannequins et des modèles de simulation, mais jusqu'à présent, le CMC n'a pas eu recours à des stations combinant PS et modèles de simulation.

Pour chaque interaction, on demande aux candidats de faire la démonstration d'aptitudes à effectuer un examen physique, à recueillir une anamnèse, à interpréter des données ou à prendre en charge un nouveau problème médical. Une station peut aussi servir à évaluer des aspects d'une communication efficace ou l'aptitude à faire preuve de professionnalisme. On fait habituellement appel à plusieurs examinateurs (habituellement un par station) pour l'évaluation du rendement des candidats, laquelle se fait à l'aide d'une grille de correction ou d'échelles d'évaluation spécifiques à la station.

Voici certains des avantages de cette formule :

- Observation directe des aptitudes cliniques
- Évaluation d'un large éventail d'aptitudes dans un laps de temps relativement court
- Évaluation plus juste fondée sur une méthode normalisée
- Réduction au minimum de tout parti pris de l'évaluation grâce au recours à plusieurs examinateurs

Comme l'élaboration et la tenue d'un ECOS représentent un travail laborieux exigeant de nombreuses ressources, son utilisation devrait se limiter à l'évaluation d'aptitudes qu'on ne peut évaluer facilement de façon valide et fiable à l'aide d'autres méthodes d'examen.

## ECOS au CMC

Le CMC offre deux examens pratiques : l'examen d'aptitude du Conseil médical du Canada (EACMC), partie II ([mcc.ca/fr/examens/eacmc-partie-ii/](http://mcc.ca/fr/examens/eacmc-partie-ii/)), et l'examen de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE) ([mcc.ca/fr/examens/survol-cne/](http://mcc.ca/fr/examens/survol-cne/)). On a recours à des PS

dans la plupart des stations de l'examen de la CNE et de l'EACMC, partie II. Certaines stations peuvent aussi inclure une infirmière ou un autre professionnel de la santé interprétant un rôle assigné. Dans les deux cas, des médecins-examineurs évaluent le rendement des candidats à l'aide d'outils d'évaluation préétablis.

L'EACMC, partie II, a été présenté pour la première fois en 1993 et sert à évaluer la compétence des candidats en fonction des connaissances, des aptitudes et des attitudes jugées essentielles à l'obtention d'un permis d'exercice de la médecine au Canada, et ce, avant leur entrée en pratique clinique indépendante. Le contenu de l'examen est fondé sur des tableaux cliniques courants et/ou très importants. Cet ECOS est actuellement composé d'une série de 12 stations, dont huit stations de 10 minutes et quatre stations jumelées de cinq minutes. Dans les stations jumelées, les candidats ont cinq minutes pour la rencontre clinique et cinq minutes pour se préparer en vue d'une rencontre clinique ou pour répondre par écrit à des questions concernant cette rencontre. La composante sans le patient de ces stations est appelée Composante complémentaire à la rencontre.

La CNE est « le fruit d'un partenariat entre des organismes canadiens qui cherchent à simplifier le processus d'évaluation auquel doit se soumettre un diplômé international en médecine (DIM) qui souhaite obtenir un permis d'exercice de la médecine au Canada ». Comme première initiative, la CNE a élaboré un examen pour évaluer la capacité d'un DIM à entreprendre un programme de résidence canadien. L'ECOS qui en a résulté a été tenu pour la première fois en 2010. À l'heure actuelle, l'examen de la CNE comprend 12 stations (de 11 minutes chacune) fondées sur des scénarios cliniques. Les scénarios cliniques portent sur un éventail de problèmes en médecine, en pédiatrie, en obstétrique-gynécologie, en psychiatrie et en chirurgie. Le rendement pour chaque scénario est évalué en fonction de 10 compétences possibles : anamnèse, examen physique, organisation, capacité de communiquer, capacité de s'exprimer clairement, diagnostic, interprétation des données, analyses, prise en charge et traitements.

## But

Le présent guide vise à fournir des conseils aux rédacteurs concernant l'élaboration de cas pour l'un ou l'autre des examens pratiques du CMC. Nous espérons qu'il aidera les rédacteurs à créer des cas d'ECOS de grande qualité permettant une évaluation juste et valide des aptitudes des candidats.

La contribution des experts en contenu en tant que rédacteurs est précieuse en regard du travail que nous faisons au CMC. À titre de cliniciens et d'enseignants, nos rédacteurs offrent non seulement leur expertise à l'égard du contenu, mais aussi leur dévouement envers l'excellence en matière d'évaluation.

À cette fin, le processus d'élaboration des cas d'ECOS a été divisé en huit étapes, et nous recommandons aux rédacteurs de les suivre dans l'ordre. Le fait de suivre ces étapes aidera à faire en sorte que les questions liées au contenu, à la faisabilité, à la vraisemblance et à la reproductibilité soient traitées tôt dans le processus d'élaboration de cas.

## ÉTAPE

# 1

## DÉTERMINER LE BUT DE L'EXAMEN

Avant de commencer à élaborer tout élément d'examen, y compris un cas d'ECOS, il faut déterminer le but de l'examen, notamment établir clairement si l'examen consistera en une évaluation formative (c.-à-d. un examen intérimaire visant à donner une rétroaction aux candidats) ou sommative (c.-à-d. un examen de fin de parcours visant à évaluer la compétence).

Il faut prendre en considération la *capacité attendue ou le niveau de rendement clinique* du candidat pour s'assurer que le contenu du cas et le degré de difficulté des tâches à accomplir sont adéquats. Le CMC offre deux ECOS sommatifs à enjeux importants à l'échelle nationale, dans divers centres d'examen partout au pays, chacun visant un but particulier :

- Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada (EACMC), partie II : Évalue les aptitudes essentielles d'un candidat à mettre en application ses connaissances en médecine, à faire la démonstration de ses compétences cliniques, à élaborer des plans cliniques relatifs aux examens et aux traitements ainsi qu'à faire preuve de professionnalisme au niveau attendu d'un médecin exerçant la profession de façon autonome au Canada.
- Examen de la CNE : Évalue la capacité d'un diplômé international en médecine (DIM) *d'entreprendre un programme de résidence canadien.*

## ÉTAPE

## 2

DÉTERMINER CE QUE VOUS  
SOUHAITEZ ÉVALUER

Après s'être penché sur le but de l'examen et le niveau d'aptitudes cliniques à évaluer, le rédacteur doit clairement définir en deuxième étape le concept d'intérêt. Il doit prendre en considération les objectifs d'évaluation des éléments d'examen ou des cas d'ECOS qu'il s'apprête à rédiger. Par exemple, il pourrait choisir de créer un cas qui évaluera « la capacité d'un candidat de poser le bon diagnostic différentiel lorsqu'il examine un patient éprouvant une douleur aiguë à l'abdomen ».

Un ECOS ne peut ni ne devrait servir à évaluer n'importe quoi. Ce type d'examen exige beaucoup de ressources, et il existe des méthodes plus efficaces d'évaluer les connaissances et le raisonnement clinique (p. ex., questions à choix multiples ou à réponses brèves). Un ECOS convient davantage à l'évaluation d'aptitudes qui sont difficilement mesurables avec d'autres méthodes. Un ECOS sert généralement à évaluer les aptitudes relatives à l'anamnèse, à l'examen physique, à la communication, à l'interprétation des données et/ou à la prise en charge. De plus, un ECOS peut servir et a servi à l'évaluation de tous les rôles CanMEDS (5-7).

Il convient d'établir soigneusement les spécifications de l'échantillonnage du contenu d'examen, ou ce que l'on appelle le plan directeur, de façon à s'assurer que l'échantillon de cas dans tout examen est représentatif de la vaste portée du contenu et des domaines à évaluer (8). En règle générale, le plan précise qu'un examen ECOS du CMC doit cibler toutes les principales disciplines cliniques (c.-à-d. pédiatrie, médecine, chirurgie, obstétrique-gynécologie et psychiatrie). Le contenu peut aussi porter sur la santé de la population et les aspects éthiques, légaux et organisationnels de la médecine.

Même si les spécifications du plan directeur du CMC font actuellement l'objet d'une importante étude, le principe sous-jacent de l'échantillonnage est le suivant : les problèmes à traiter dans tout examen doivent être sélectionnés parmi un large éventail de tableaux cliniques courants et importants, et cibler divers groupes démographiques de patients et diverses aptitudes cliniques. Bien que ce principe sous-jacent fasse actuellement l'objet d'un examen et devrait avoir une

incidence sur les compétences ou habiletés à évaluer dans le cadre d'un examen donné, il sera maintenu dans les spécifications. En d'autres termes, l'éventail des problèmes de santé et de tâches cliniques que le rédacteur d'un examen peut aborder demeurera large.

De plus, chaque formulaire d'évaluation devrait comprendre diverses tâches à accomplir et, selon les changements qui pourraient être apportés au format de l'un ou l'autre des examens au fil du temps, celles-ci pourraient être regroupées en une station. Les tâches pertinentes peuvent comprendre les aptitudes relatives à l'anamnèse, à l'examen physique, à la communication et à la prise en charge. L'examen devrait aussi toucher un vaste échantillon de tableaux cliniques et/ou de systèmes et appareils de l'organisme tout en tenant compte des données démographiques du patient, dont le sexe et le groupe d'âge. Par exemple, on doit éviter idéalement d'inclure plusieurs cas de diabète dans le cadre d'un même examen, étant donné que ce genre d'examen se limite habituellement à 10 ou 15 cas.

Le CMC se fonde sur les Objectifs de l'examen d'aptitude pour définir la portée clinique du domaine abordé dans l'examen d'aptitude, partie II. Les Objectifs donnent également un aperçu général de la matière d'examen possible qui peut figurer dans l'examen de la CNE ([apps.mcc.ca/Objectives\\_Online/](https://apps.mcc.ca/Objectives_Online/)). Les Objectifs ont été définis en termes comportementaux et sont le reflet des attentes du CMC en ce qui concerne la compétence des médecins. Ils portent sur la collecte de données, la résolution de problèmes cliniques et les principes de prise en charge, lesquels s'appliquent, en totalité ou en partie, à diverses situations cliniques auxquelles les médecins font habituellement face.

Idéalement, un rédacteur s'inspirera d'un cas clinique réel pour la rédaction d'un cas. Les rédacteurs procédant ainsi sont plus susceptibles d'incorporer des détails pertinents et uniformes pour un tableau clinique donné et d'éviter de créer un cas théorique. Dans les faits, les rédacteurs combinent généralement plusieurs cas réels, ce qui aide à créer un tableau clinique précis. Bien que des cas inventés de toutes pièces puissent être utilisés, c'est, selon notre expérience, la méthode de rédaction la moins fructueuse pour la création d'une station d'ECOS.

On utilise souvent des accessoires dans les cas d'ECOS. Par exemple, on peut demander à un candidat de recueillir une anamnèse auprès d'un patient éprouvant une douleur abdominale, puis lui fournir une radiographie abdominale liée au cas, ou lui demander d'interpréter un électrocardiogramme pendant la prise en charge d'un patient gravement malade. Si des accessoires comme une radiographie ou un électrocardiogramme sont requis, il est préférable de les obtenir avant l'élaboration du cas, car il peut être difficile de trouver des images pertinentes après coup. Inévitablement, on laissera tomber le cas parce qu'on ne trouve pas d'image appropriée ou il faudra réécrire le cas, parfois presque intégralement, pour que l'image trouvée corresponde.



## ÉTAPE

## 3

ÉTABLIR LES CONSIGNES À  
L'INTENTION DU CANDIDAT

Les consignes à l'intention du candidat fournissent les renseignements nécessaires aux candidats avant le début d'une station d'ECOS et comprennent l'énoncé clinique et la tâche à accomplir. L'énoncé devrait comprendre l'établissement de soins, le nom du patient, son sexe et son âge, ainsi que le problème de santé ou son motif de consultation. Les consignes devraient aussi inclure la « tâche clinique » que le candidat doit accomplir ainsi que le temps alloué à la tâche.

L'énoncé ainsi que la tâche clinique exigée doivent être rédigés de façon claire et sans ambiguïté. « Parlez-en davantage avec le patient » est un exemple de phrase ambiguë qui serait beaucoup plus claire si elle était formulée comme suit : « Recueillez une anamnèse ciblée et répondez aux préoccupations de ce patient. »

La formulation de l'énoncé devrait être appropriée et viser la personne qui fournit l'information. Par exemple, un patient qui mentionne un symptôme dira probablement « Je suis essoufflé » ou « Je n'arrive pas à reprendre mon souffle », tandis qu'un patient adressé par un collègue pourrait être décrit comme ayant une « dyspnée ». De même, un patient dira qu'il a le teint « jaune », tandis que le clinicien sera plus susceptible de parler d'un « ictère ».

D'autres renseignements pertinents, tels que les résultats de l'anamnèse, de l'examen physique et d'autres tests devraient être inclus, s'il y a lieu. La somme de renseignements fournis a priori dépendra de la tâche exigée et du niveau d'aptitude du candidat. Par exemple, si le cas vise à évaluer l'aptitude à effectuer un examen physique ciblé d'un patient atteint d'une maladie chronique du foie, il conviendrait de fournir au candidat un résumé de l'anamnèse ainsi que les signes vitaux :

Jennifer Hawkins, une femme de 46 ans ayant des antécédents d'hépatite C et d'alcoolisme chronique, est hospitalisée en raison d'un taux élevé d'enzymes hépatiques. Ses signes vitaux sont les suivants : fréquence cardiaque de 90/min, tension artérielle de 108/84 mmHg, fréquence respiratoire de 12/min, saturation en oxygène de 99 % à l'air ambiant, température de 37,2 °C.

Au cours des 10 prochaines minutes, effectuez un examen physique ciblé à la recherche de signes d'une maladie hépatique chronique.

Toutefois, si l'objectif est d'évaluer la capacité du candidat d'évaluer et de prendre en charge un patient présentant un état de confusion dû à une encéphalopathie hépatique, alors il serait plus approprié de fournir le moins d'information possible dans l'énoncé :

Jennifer Hawkins, une femme de 46 ans ayant des antécédents de cirrhose, est amenée à l'urgence en raison d'un état de confusion depuis trois jours.

Au cours des 10 prochaines minutes, évaluez et prenez en charge cette patiente.

Le libellé de la « tâche clinique » peut aussi avoir une incidence sur la complexité du cas. Par exemple, « Effectuez un examen physique ciblé à la recherche de signes de maladie hépatique » est plus précis et représente donc une tâche plus simple que « Évaluez et prenez en charge cette patiente », ce qui oblige le candidat à faire la synthèse de l'information et à poser un jugement clinique.

Le temps alloué pour la tâche doit aussi être pris en considération au moment de l'élaboration d'un cas. L'EACMC, partie II, est composé de stations de cinq et de 10 minutes, tandis que l'examen de la CNE est composé de stations de 11 minutes. Il serait déraisonnable de s'attendre à ce qu'un candidat recueille une anamnèse ciblée et effectue un examen physique d'un patient éprouvant une fatigue chronique dans une station de cinq minutes. Toutefois, il pourrait très bien effectuer un examen du genou dans ce délai. La complexité du cas devrait dépendre de la durée de la station afin que l'on puisse faire une évaluation juste de l'aptitude d'un candidat.

L'un des aspects pratiques à considérer au moment d'élaborer un cas serait de s'assurer qu'il est aussi vraisemblable et réaliste que possible. Par exemple, le cas sera plus réaliste si l'on suppose que c'est la première fois que le candidat évalue le patient (c.-à-d. à l'urgence ou dans une clinique sans rendez-vous ou encore en remplacement d'un collègue qui est absent) que si l'on prétend qu'il s'agit d'un patient que le candidat voit régulièrement à son cabinet. Étant donné que les examens OSCE peuvent se dérouler sur plusieurs fuseaux horaires et à diverses périodes de l'année, il importe aussi de s'assurer qu'un cas donné puisse fonctionner en temps réel (p. ex., il est préférable de dire que les symptômes sont apparus « il y a trois heures » plutôt que « à 9 h », ou « il y a deux mois » plutôt que « en janvier »).

## ÉTAPE

## 4

ÉLABORER LES OUTILS  
D'ÉVALUATION

Une fois que les consignes à l'intention du candidat ont été élaborées, il faut établir les outils requis pour l'évaluation du rendement. Il peut s'agir d'une grille de correction ou d'une ou de plusieurs échelles d'évaluation, ou les deux. Dans le cas de l'EACMC, partie II, on utilise souvent simultanément une grille de correction et des échelles d'évaluation. L'examen de la CNE se fonde uniquement sur une série préétablie d'échelles d'évaluation associées à des compétences (p. ex., anamnèse, examen physique, aptitudes à communiquer), dont bon nombre s'appliquent à chaque cas et sont étayées par des indications sur le rendement propres au cas. Pour chaque cas, le rédacteur peut sélectionner jusqu'à 10 de ces éléments d'évaluation pour la notation.

## Grilles de correction – EACMC, partie II

Les grilles de correction sont utiles pour l'évaluation des aptitudes cliniques et constituent un outil normalisé et objectif exigeant peu de formation de la part de l'examineur. Toutefois, pour que les grilles de correction soient utiles, elles doivent être bien structurées et adaptées à la tâche clinique (voir le Tableau 1).

### Nombre d'éléments de la grille de correction

Le nombre d'éléments exigés dans une grille de correction dépend du cas et du temps alloué. En règle générale, pour les stations de courte durée (cinq à sept minutes), on peut compter environ de huit à 25 éléments dans la grille de correction. Il peut y en avoir plus dans le cas de stations de durée plus longue ou de stations comportant de nombreuses étapes, comme dans le cas de stations sur la prise en charge. Dans ce type de station où le candidat est appelé à demander un certain nombre d'exams, plusieurs éléments peuvent être exigés (p. ex., demander une formule sanguine, un dosage des électrolytes, un ECG ou une radiographie pulmonaire). Chaque élément devrait être adapté au contexte clinique. Par exemple, il peut n'y avoir aucun élément, un élément ou plusieurs

éléments sur la consommation d'alcool, selon leur pertinence relativement au problème présenté et à la tâche à accomplir. Peu importe le nombre, il ne faut inclure que les éléments qui sont pertinents pour l'évaluation de l'aptitude du candidat. Une grille de correction ne devrait pas être exhaustive.

### Compatibilité de la grille de correction avec la tâche exigée

Comme nous l'avons indiqué précédemment, les Consignes à l'intention du candidat décrivent la tâche que le candidat doit accomplir. La grille de correction devrait y être étroitement liée. Par exemple, si les candidats doivent examiner un patient éprouvant une douleur abdominale, la grille de correction devrait comprendre des éléments relatifs non pas à une anamnèse, mais bien à un examen physique. Si les candidats doivent conseiller un patient sur l'abandon du tabac, les éléments de la grille de correction devraient porter non pas sur la collecte de renseignements, mais bien sur des éléments clés de la tâche de consultation.

### Caractéristiques des éléments de la grille de correction

Les grilles de correction sont plus utiles lorsqu'on évalue la rigueur et/ou les éléments clés d'une tâche. (Voir l'**Annexe a** pour un exemple de grille de correction.) Lorsqu'on élabore une grille de correction, il faut s'assurer qu'elle comprend des éléments qui sont *distincts*, *observables* et *dichotomiques*.

#### ***Distinct***

Chaque élément ne devrait porter que sur un seul concept. Par exemple, un élément ne devrait pas comprendre deux symptômes comme « s'informe de la fréquence et de la gravité des symptômes d'anxiété ». Dans cet exemple, ces éléments devraient être divisés en deux éléments distincts. Si l'on juge nécessaire de regrouper plusieurs points dans un élément, il faudrait alors donner des instructions précises aux examinateurs en ce qui concerne la notation. Par exemple, « N'accordez des points que si le candidat s'informe d'au moins trois des cinq symptômes ».

#### ***Observable***

Les examinateurs ne devraient avoir à poser un jugement que sur des aptitudes qui peuvent être observées; par exemple, « palpe les aisselles à la recherche d'une lymphadénopathie ». Il serait difficile pour les examinateurs d'évaluer les candidats à l'égard d'éléments qui font appel au jugement comme les suivants : « comprend l'impact de l'alcoolisme sur la vie du patient » ou « évalue la gravité du diabète ».

#### ***Dichotomique***

Les éléments évalués à l'aide de la grille de correction sont actuellement notés de façon dichotomique (c.-à-d. qu'ils sont accomplis de façon satisfaisante ou qu'ils ne sont pas accomplis de façon satisfaisante). Voici

des exemples d'éléments d'une grille de correction dichotomique : « évalue une sensation de vibration dans les membres inférieurs », « s'informe de transfusions sanguines antérieures » ou « constate une élévation du segment ST sur l'électrocardiogramme ». Des éléments liés à des variables continues, comme créer un lien ou faire preuve de professionnalisme, sont mieux évalués à l'aide d'une échelle d'évaluation. On a essayé l'utilisation de grilles de correction comportant des éléments qui « ont été mis à l'essai » ou « accomplis de façon satisfaisante ». Les résultats sont prometteurs, mais ce type de grille n'a pas encore été adopté.

### Formulation de la grille de correction

Chaque élément de la grille de correction devrait commencer par un verbe d'action (p. ex., « demande au patient s'il a des hallucinations visuelles », au lieu de « hallucinations visuelles ») pour mieux guider les examinateurs sur ce que l'on attend des candidats. Au besoin, on peut fournir des précisions. Par exemple, si « s'informe des antécédents gynécologiques » est un élément de la grille de correction, vous pouvez préciser la réponse attendue :

- Demande à la patiente l'âge qu'elle avait à la ménarche.
- Demande à la patiente la date de sa dernière menstruation.

Tableau 1 :

### Points à considérer par type de station pour la grille de correction

TYPE de STATION	POINTS à CONSIDÉRER
<b>Examen physique</b>	Certains éléments peuvent indiquer à l'examineur de fournir des résultats au candidat (p. ex., « La TA est normale ») si le fait d'entreprendre une action est suffisant pour que le candidat obtienne les points.
<b>Anamnèse</b>	Le verbe a de l'importance et devrait guider l'examineur. Par exemple, <i>s'informe</i> laisse une certaine marge de manoeuvre au candidat quant à la façon de recueillir l'information auprès du patient; <i>demande</i> indique qu'un candidat doit être précis, p. ex., « demande au patient s'il prend de l'Aspirine® » au lieu de « s'informe de ses antécédents pharmaceutiques ».
<b>Communication</b> (p. ex., counseling ou information au patient)	Les éléments peuvent inclure l'information à demander au patient et doivent inclure les éléments indiquant les renseignements et/ou les conseils et/ou le soutien à fournir au patient. Les Consignes à l'intention des PS peuvent comprendre des questions à poser à tous les candidats (c.-à-d. des indices normalisés permettant l'évaluation de la capacité de tous les candidats à répondre à des questions précises).
<b>Prise en charge</b>	Il peut s'agir de soins aigus (p. ex., à l'urgence) ou de décisions à prendre au sujet de la prise en charge d'un patient (p. ex., régler un problème lié à la prise de plusieurs médicaments). Les éléments peuvent comprendre une anamnèse, un examen physique et/ou la communication d'informations, mais doivent inclure certains éléments concernant les décisions, les ordonnances, les plans de traitement, etc.

## Réponses invalidantes

Il arrive que des candidats posent des gestes considérés comme dangereux ou complètement erronés pendant un examen pratique. Ce type d'information peut être difficile à saisir à l'aide d'une méthode normalisée. Comme méthode permettant de repérer les candidats vraiment incompetents, on peut prévoir des « réponses invalidantes » dans un cas donné (en d'autres termes, si un candidat commet une erreur fatale, il n'obtiendra aucun point pour cette station même s'il a obtenu un rendement satisfaisant pour d'autres éléments). Par exemple, un candidat n'obtiendrait pas de point s'il ne saisissait pas qu'un patient est en état de choc ou s'il administrait de l'insuline à un patient hypoglycémique. Les ramifications de ces éléments dans un ECOS sont importantes, et le CMC n'a pas actuellement recours à ce mode de notation. On demande plutôt aux examinateurs de signaler et de décrire de tels actes dans un espace prévu à cette fin sur toutes les feuilles de notation. Si l'on signale un acte dangereux ou qui manque de professionnalisme de la part d'un candidat, on réexaminera ses résultats d'examen et on pourra remettre en question le verdict de réussite à l'examen.

## Questions orales

Dans toute station, un rédacteur peut inclure une ou plusieurs questions orales que l'examineur doit poser à tous les candidats dans les dernières minutes de la station. Les questions peuvent aussi être posées par le PS ou l'infirmière (le cas échéant) pendant la rencontre.

On peut ajouter des questions orales lorsque la tâche à accomplir prend légèrement moins de temps que le temps alloué pour la station et lorsqu'on peut poser des questions qui permettent davantage d'évaluer les compétences cliniques concernant un tableau clinique particulier; par exemple, demander au candidat son diagnostic provisoire ou un plan de traitement initial. Les questions devraient être directement liées au scénario clinique et peuvent porter sur la résolution de problèmes ou la synthèse de données (p. ex., poser un diagnostic ou établir un plan de prise en charge) ou encore sur des aptitudes non cliniques (p. ex., dire la vérité au patient).

L'aspect le plus difficile de l'ajout d'une question orale est l'élaboration d'une clé de correction qui comprenne toutes les réponses correctes acceptables, car le rédacteur doit alors anticiper les réponses des candidats. Les questions orales sont le plus efficaces lorsque le nombre de réponses correctes possibles est limité.

En général, pour la grille de correction des EACMC, partie II, la réponse exacte est indiquée en premier, suivie d'une liste d'options possibles. D'autres options peuvent ne donner aucun point, mais aident l'examineur à consigner la réponse du candidat. La dernière option est toujours « autre réponse ou aucune réponse donnée ».

**Exemple:** « Quel est le diagnostic le plus probable? »

- Occlusion du grêle (1)
- Viscères perforés (0)
- Cholécystite (0)
- Autre réponse ou aucune réponse donnée (0)

Toutefois, dans le cas d'un diagnostic à poser, il peut s'avérer impossible de demander une seule réponse si l'on ne fournit pas suffisamment d'information pour que le candidat soit aussi précis. L'examineur pourrait alors fournir plus d'information.

**Exemple:** « Les examens initiaux révèlent les résultats suivants : TSH < 0,01 mU/L et T4 libres de 28,99 pmol/L. Quelle serait la prochaine étape de la prise en charge? »

- Commencer un traitement au propylthiouracile ou au méthimazole (1)
- Commencer un traitement au propranolol (0)
- Prescrire de l'iode radioactif (<sup>131</sup>I) (0)
- Administrer une solution de Lugol (0)
- Autre réponse ou aucune réponse donnée (0)

Il pourrait également y avoir plusieurs réponses équivalentes, ce qui peut être indiqué dans la question et la clé de correction.

**Exemple:** « Quel est votre diagnostic différentiel? Indiquez jusqu'à trois réponses. »

- Trouble dépressif majeur (1)
- Trouble bipolaire (1)
- Trouble dépressif non spécifié (1)
- Autre réponse ou aucune réponse donnée (0)

On peut aussi utiliser des questions orales pour poser des questions d'ordre juridique ou déontologique relativement au cas.

**Exemple:** « L'employeur de la patiente communique avec votre cabinet pour demander de l'information au sujet de la maladie de la patiente, car il soupçonne qu'elle simule la maladie. Comment répondrez-vous à ses préoccupations? »

- Informer l'employeur que vous ne pouvez pas donner de commentaires sur l'état de santé de son employée (1)
- Le rassurer en lui disant que vous ne croyez pas qu'elle simule la maladie (0)
- Lui confirmer que la patiente simule la maladie (0)
- Autre réponse ou aucune réponse donnée (0)

Si la question orale est bien construite, le candidat devra démontrer des aptitudes supérieures exigeant une synthèse de l'information clinique que le patient lui a fournie. Si tel est le cas, il peut convenir de pondérer l'élément à la hausse pour tenir compte des aptitudes supérieures requises. Dans le cas de l'examen de la CNE, seules les réponses correctes sont précisées, mais elles ne sont pas pondérées. L'examineur prendra plutôt en considération les réponses données en faisant son évaluation à l'aide de l'échelle d'évaluation.

### Utilisation d'éléments clés dans les grilles de correction

Comme il a été mentionné précédemment, on a souvent fait état du fait que les grilles de correction récompensaient la rigueur plutôt que l'expertise (9). Pour cette raison, il est théoriquement possible qu'un candidat moins compétent qui adopte une approche à l'aveuglette ou basée sur le « par coeur » obtienne à l'ECOS une meilleure note qu'un candidat possédant plus de connaissances et de compétences et adaptant son approche en fonction du tableau clinique. L'une des solutions possibles à ce problème est d'utiliser des éléments clés. Les éléments clés visent essentiellement : (1) les étapes critiques ou essentielles à la résolution de problèmes; (2) les étapes de la résolution de problèmes au cours desquelles les candidats sont le plus susceptibles de commettre des erreurs; ou (3) un aspect difficile de la détermination et de la prise en charge d'un problème dans la pratique (10-13).

À l'aide de cette méthode, on peut inclure dans la grille de correction uniquement les éléments qui sont susceptibles de départager les meilleurs candidats des moins bons. Par exemple, dans le cas d'un patient éprouvant une douleur au dos, le rédacteur pourrait créer des éléments clés portant sur la reconnaissance des symptômes évocateurs du syndrome de la queue de cheval et ne pas avoir d'éléments qui tiennent compte de la durée et du siège de la douleur.

L'utilisation d'éléments clés seulement pourrait réduire sensiblement le nombre d'éléments requis dans une grille de correction (c.-à-d. moins de 10), ce qui peut être déconcertant pour les examinateurs qui sont habitués à des grilles de correction traditionnelles. Toutefois, si l'on parvient à un équilibre en intégrant des éléments pertinents d'échelle d'évaluation sur le comportement et en offrant des séances d'information à l'intention des examinateurs, ces derniers pourront alors, espérons-le, faire la transition. Le CMC privilégie l'approche des éléments clés pour les nouveaux éléments d'examen et invite les rédacteurs à adopter eux aussi cette façon de faire pour l'élaboration de grilles de correction.



## Pondération des éléments de la grille de correction

Auparavant, les éléments des grilles de correction de l'EACMC, partie II, étaient pondérés selon leur importance relative par rapport au jugement d'un expert. On a adopté cette approche pour compenser les grilles de correction qui tendent à récompenser la rigueur plutôt que l'expertise, car les éléments plus importants valent plus de points. Dans ces listes plus longues sans pondération, les éléments importants et discriminants ne sont pas mis en valeur lorsqu'il y a de nombreux éléments moins importants. Les éléments pondérés exigent donc beaucoup plus de travail (pour l'atteinte d'un consensus sur la pondération relative et la programmation des applications de notation), et bien que la pondération puisse aider à la validité du résultat, elle n'augmente pas la fiabilité de la notation.

Depuis 2013, on accorde dans presque tous les cas une note de 1 ou de 0 pour les éléments des grilles de correction de l'EACMC, partie II, car cette approche est la plus simple et permet de faire concorder les outils de notation avec les processus automatisés de notation. Même si les grilles de correction plus courtes sont le résultat de l'approche à éléments clés actuelle, il faudra trouver un équilibre entre les éléments de la grille de correction et les éléments des échelles d'évaluation relatifs au contexte clinique. Voir ci-dessous pour de plus amples renseignements sur le sujet.

## Échelles d'évaluation

Par rapport aux grilles de correction, les échelles d'évaluation sont utiles dans les ECOS du CMC pour l'évaluation des comportements sur un continuum (p. ex., organisation de l'approche) ou l'évaluation de l'aptitude à accomplir une tâche plutôt que la démarche détaillée (p. ex., on utilise une échelle d'évaluation pour l'aptitude à recueillir une anamnèse et une grille de correction pour les questions posées au patient). Les échelles d'évaluation permettent aux experts d'utiliser leur jugement pour évaluer divers éléments d'une tâche à effectuer et sont donc idéales pour l'évaluation de tâches et d'aptitudes plus complexes comme les aptitudes organisationnelles, l'établissement d'un lien avec le patient et l'attention portée aux indices verbaux et non verbaux. Un jugement plus holistique sera aussi plus juste lorsque le candidat dans toute cohorte possède une vaste expérience et une grande expertise. Pour ces raisons, l'examen de la CNE se fonde sur des échelles d'évaluation et permet d'évaluer des compétences précises, comme l'anamnèse, l'examen physique, les examens, l'interprétation des données et la prise en charge.

Puisque les examinateurs doivent faire preuve de beaucoup de jugement au moment de remplir les échelles d'évaluation, il est important de réduire au minimum la subjectivité inhérente de l'évaluation. Voici certaines façons de le faire : fournir des instructions claires, offrir une formation adéquate à l'évaluateur et fournir des comportements de référence et autres consignes à l'appui. Les comportements de référence sont des exemples descriptifs de l'échelle de rendement pour chaque élément et peuvent améliorer la fiabilité interévaluateurs. (14) Lorsqu'on utilise des échelles d'évaluation, la notation prend plus de temps et est plus efficace si elle est effectuée en fin de rencontre. Comme le délai entre les stations d'ECOS est souvent court, le nombre d'éléments de l'échelle d'évaluation devrait se situer entre un ou deux et jusqu'à sept dans le cas de l'EACMC, partie II, et entre sept et neuf dans le cas de l'examen de la CNE.

### Échelles d'évaluation – EACMC, partie II

Le nombre d'éléments des échelles d'évaluation de l'EACMC, partie II, utilisés dans chaque cas variera. Les rédacteurs sélectionnent les éléments des échelles d'évaluation les plus pertinents dans une banque d'éléments préétablis. Par exemple, dans un cas qui vise essentiellement un examen physique, le candidat pourrait être évalué presque entièrement à l'aide d'une grille de correction, accompagnée seulement d'une ou deux échelles d'évaluation (p. ex., aptitude à structurer l'examen physique et démonstration des aptitudes techniques). Dans un cas portant sur les aptitudes à communiquer, toutefois, le candidat pourrait être évalué à l'aide de plusieurs échelles d'évaluation portant sur le lien créé avec le patient, l'aptitude à poser des questions, le professionnalisme, etc., et sur la base de seulement quelques éléments clés d'une grille de correction. (Voir l'**Annexe b(i)** pour des exemples existants d'éléments d'échelles d'évaluation portant sur le comportement pour l'EACMC, partie II.) Comme les éléments de l'échelle d'évaluation valent au maximum cinq points chacun et les éléments d'une grille de correction valent un point chacun, les rédacteurs doivent pondérer le but de la station et l'importance relative des éléments de la grille de correction et des compétences de l'échelle d'évaluation utilisée dans chaque cas. Par exemple, si on utilise une grille de correction comportant cinq éléments clés et trois échelles d'évaluation, les éléments de la grille de correction représenteraient seulement 25 % de la note totale possible de cette station, tandis que l'échelle d'évaluation représenterait 75 % de la note totale (voir l'exemple ci-dessous), ce qui peut ou non représenter l'importance clinique des éléments clés relatifs aux compétences visées par les éléments de la grille de correction.

<b>Exemple:</b>	5 éléments de la grille de correction x 1 point chacun =	<b>5</b>
	3 éléments de l'échelle d'évaluation x 5 points chacun =	<b>15</b>
	Total de la station	<b>20</b>
	La grille de correction représente 5/20 =	<b>25 %</b>
	L'échelle d'évaluation représente 15/20 =	<b>75 %</b>

## Échelles d'évaluation – Examen de la CNE

Comme l'EACMC, partie II, l'examen de la CNE repose sur une série préétablie d'échelles d'évaluation pour évaluer des compétences essentielles. Pour chaque cas, l'auteur doit sélectionner jusqu'à neuf des compétences suivantes pour la notation : l'anamnèse, l'examen physique, l'organisation, la capacité de communiquer, la capacité de s'exprimer clairement, le diagnostic, l'interprétation des données, les examens, la thérapeutique et la prise en charge. Le rendement des candidats est évalué selon le niveau de rendement attendu d'un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne, à l'aide des descripteurs de compétences (voir l'**Annexe b(ii)**).

En plus de ces éléments de référence, il y a une liste explicite (mais non exhaustive) des aptitudes cliniques auxquelles on s'attend à un niveau de compétence donné. Ces indications visent à aider les examinateurs à évaluer les candidats selon cinq niveaux de rendement (allant de « inacceptable » à « supérieur à un diplômé débutant »). Un rédacteur fournira des indications supplémentaires relatives à un cas pour aider le médecin-examinateur à poser un jugement valide et fiable, celles-ci visant à aider les examinateurs à respecter le but établi du cas. Voir les **Annexes c(i)** et **c(ii)** pour de plus amples renseignements sur les indications générales à l'intention de l'examinateur en vue de l'examen de la CNE.

## ÉTAPE

## 5

## ÉLABORER du CONTENU et des QUESTIONS RELATIVES à un CAS pour la COMPOSANTE COMPLÉMENTAIRE à la RENCONTRE (s'il y a lieu)

Comme dans le cas de questions orales qui peuvent être intégrées à un ECOS et évaluées à l'aide d'une grille de correction, des questions peuvent être posées après la rencontre avec le PS. L'EACMC, partie II, utilise quatre de ces stations dans lesquelles sont jumelées une rencontre avec un patient et des tâches à accomplir avant ou après la rencontre (p. ex., rédiger une ordonnance d'hospitalisation ou une tâche écrite). Il s'agit des questionnaires après rencontre. Ces questionnaires, comme les questions orales, visent à évaluer plus à fond la compétence clinique relative à un tableau clinique en particulier.

**Exemple de questions pour la composante complémentaire à la rencontre :**

**Q1** Une paracentèse révèle une différence de 12 g/L entre l'albumine sérique et l'albumine ascite. Compte tenu de l'anamnèse du patient, quelle est la cause la plus probable?

		Note
<b>R1</b>	Cirrhose	4
	Maladie hépatique alcoolique ou hépatite alcoolique	2
	Insuffisance cardiaque/insuffisance cardiaque congestive/péricardite	0
	Métastases hépatiques/cancer/carcinome hépatocellulaire	0
	Syndrome de Budd-Chiari	0
<b>Maximum</b>		<b>4</b>

**Q2** Quelle serait la meilleure prise en charge des symptômes de ce patient à long terme?

		Note
<b>R2</b>	Diurétique	2
	Diminution de l'apport en sodium	2
	Paracentèse	1
	Restriction des liquides	0
	Greffe du foie	0
<b>Maximum</b>		<b>5</b>

Voir l'**Annexe d** pour d'autres exemples de questionnaires.

Les questionnaires remis aux candidats pour qu'ils effectuent une tâche avant de voir un patient ne sont pas notés directement. Par exemple, le candidat pourrait devoir examiner le dossier d'un patient avant sa rencontre. Dans cet exemple, le rédacteur crée le dossier du patient. Idéalement, le dossier comprend de l'information qui aidera le candidat à accomplir la tâche assignée. D'autres renseignements qui ne sont pas immédiatement pertinents pour la rencontre avec le patient devraient être ajoutés, car le candidat doit entre autres choses être en mesure de relever et d'utiliser l'information pertinente dans le délai alloué.

Voici les principes généraux à prendre en considération lorsqu'on rédige la partie écrite (p. ex., Composante complémentaire à la rencontre) d'une station ECOS :

1. Les questions doivent être inextricablement liées au problème particulier du patient. On ne peut utiliser des questions génériques qui peuvent être évaluées au moyen d'un examen à choix multiples. Il ne faut pas oublier que le contenu générique est évalué de façon beaucoup plus efficace et moins coûteuse à l'aide d'autres méthodes et ne devrait pas être intégré à un cas d'ECOS.
2. Les candidats doivent pouvoir répondre aux questions ou accomplir les tâches dans le délai alloué.
3. Les questions et les accessoires ne doivent pas donner d'indices pour d'autres éléments d'une même station; par exemple, est-ce qu'une radiographie donne par inadvertance la réponse à d'autres questions? De même, les questions suivantes ne devraient pas donner d'indices au candidat concernant des réponses à des questions précédentes.
4. La clé de correction devrait être complète et devrait être interprétée de façon uniforme par les différents évaluateurs. La clé de correction devrait aussi comprendre toutes les réponses possibles (y compris celles qui ne valent aucun point) et indiquer explicitement les attentes de notation. Par exemple, si la réponse « cancer du côlon » vaut deux points, est-ce que le fait de répondre « cancer » vaut deux points, un point ou zéro?

## ÉTAPE

## 6

COMPILER L'INFORMATION pour le  
PATIENT STANDARDISÉ (PS) et les FORMATEURS

L'information fournie au PS devrait être à la fois complète et concise. Elle devrait être rédigée en termes simples selon le profil du patient (p. ex., scolarité) afin que le PS puisse plus facilement utiliser les termes appropriés pour le patient qu'il interprète et pour que les formateurs et le PS comprennent bien le problème du point de vue du patient.

***Données démographiques***

Il faut préciser les données démographiques à l'intention de ceux qui recrutent les PS. L'âge (qu'il est préférable de fournir par tranche, p. ex., 35-40 ans), le sexe et d'autres caractéristiques spécifiques (p. ex., pas obèse, aucune cicatrice chirurgicale sur l'abdomen) devraient être indiqués. Il faut prendre en considération la difficulté du recrutement lorsque des caractéristiques distinctives sont exigées (p. ex., appartenance à une ethnie particulière).

***Position de départ du PS***

Il faut préciser l'endroit où a lieu la rencontre : au cabinet du médecin, à l'urgence, à une clinique médicale ou ailleurs et la façon dont le patient devrait être installé au début de la station (p. ex., à l'urgence, couché sur le dos sur une civière les jambes fléchies).

***Apparence***

Le PS devrait obtenir de l'information précise sur sa tenue vestimentaire selon le problème présenté et les données démographiques du patient. Le patient doit-il avoir une tenue professionnelle, décontractée ou négligée? Le PS devrait-il porter une chemise d'hôpital et avoir un drap à sa disposition? Si la poitrine doit être exposée, vous pouvez demander aux femmes PS de

ne pas porter de soutien-gorge. Si les pieds doivent être exposés, il faut demander au PS de ne pas porter de chaussettes (sauf si le candidat a pour tâche d'exposer cette région). Il faut préciser lorsqu'un accessoire « personnel » est nécessaire, comme une canne ou un coussin pour simuler une grossesse. Si le PS doit porter du maquillage, il faut aussi le mentionner (p. ex., éraflure sur la poitrine, pâleur du visage et moiteur ou indiquer qu'aucun maquillage n'est nécessaire). Il est difficile de normaliser la qualité de l'application du maquillage dans divers centres d'examen. On recommande donc l'utilisation de photos et d'illustrations lorsque l'application de maquillage est souhaitable.

### ***Comportement, affect et maniérismes***

Le PS devrait recevoir certaines consignes sur sa façon d'agir pendant la rencontre. Plus les instructions sont précises, plus il sera en mesure d'agir correctement. Par exemple, l'instruction « faire les cent pas dans la pièce » est plus précise que la simple mention « est agité ».

Les préoccupations du PS et/ou sa perception du problème (p. ex., grave ou bénin), son interaction avec le candidat (p. ex., bon contact visuel, réfractaire, attentif) et son affect général (p. ex., tendu et anxieux) devraient aussi être mentionnés.

Il faut porter une attention particulière aux scénarios où l'affect du PS pourrait changer pendant la rencontre. Pour uniformiser l'interprétation du patient, le PS doit comprendre le plus clairement possible les réponses précises du candidat qui déclenchent ses propres réponses ou son comportement ainsi que le moment des interventions (p. ex., doit faire une déclaration en particulier à cinq minutes). Par exemple, si le PS doit révéler certains renseignements uniquement si le candidat aborde le patient d'une certaine façon, il faut mentionner clairement ce que le candidat doit dire ou faire pour obtenir ce résultat (p. ex., le PS ne dévoilera qu'il est victime de violence conjugale que si le candidat établit un lien avec le patient en le rassurant au sujet de la confidentialité). En précisant ces détails, on permet au PS de reconnaître à quel moment cette condition est remplie.

### ***Déclaration du PS à l'arrivée du candidat***

Dans bien des cas, le PS devra faire une brève déclaration lorsque le candidat entre dans la pièce ou lui adresse la parole. Il faut adopter un niveau de langue courant (p. ex., « J'ai mal à la jambe et ça m'inquiète »), et les déclarations courtes sont habituellement préférables.

### ***Questions que le PS doit poser.***

« Les questions que le PS doit poser » sont des interventions que le PS doit faire à tous les candidats. Par exemple, « Est-ce que je devrais continuer à

prendre les Tylenol 3<sup>®</sup> de ma mère la nuit? » Ces questions donnent un indice uniforme à tous les candidats afin qu'ils puissent montrer certaines connaissances et/ou comportements précis et servent à évaluer leur aptitude à répondre à la question soulevée.

Il faut s'assurer de bien préciser le moment où il doit poser la question, p. ex., si le PS doit poser la question au signal indiquant que le temps est presque écoulé ou plus tôt durant la station (il faut prévoir suffisamment de temps pour que le candidat puisse répondre à la question) ou à la suite d'une série de questions précises (lorsque le candidat s'informe de facteurs aggravants, le PS devrait dire, par exemple : « Est-ce que je devrais arrêter de faire du yoga? »). Ce ne sont pas tous les cas qui comprennent ou qui devraient comprendre des questions que le PS doit poser. Si on ne prévoit aucune question à poser par le PS, on le lui indiquera pendant sa formation.

### ***Résultats de l'examen physique***

Même si le PS ne présente habituellement aucune anomalie physique, il peut apprendre la façon de simuler certaines anomalies physiques (mais pas toutes; p. ex., le PS ne peut simuler un souffle cardiaque). Voici des exemples de problèmes qui peuvent être simulés : faiblesse musculaire, douleur articulaire, confusion, crises convulsives, démarche anormale et tremblements.

Si le PS est censé éprouver de la douleur, il aura besoin d'information sur la façon de réagir correctement; par exemple, grimacer lorsqu'on le touche à un certain endroit ou boiter. Si on anticipe des manoeuvres de distraction (p. ex., si un candidat essaie de déterminer si le patient a réellement une douleur ou s'il la simule), il faudrait montrer au PS la façon de simuler les résultats de façon uniforme. Les descriptions de ce qui déclenche les symptômes dans la vie de tous les jours et l'amplitude des mouvements constituent en outre des détails importants concernant la façon dont le PS doit réagir aux manoeuvres de l'examen physique et l'uniformité du jeu de rôle.

### ***Historique du problème actuel***

L'information doit être rédigée selon le point de vue du patient, en langage simple, et être suffisamment détaillée pour que le PS puisse répondre de façon fiable et réaliste à toute une série de questions concernant son problème. Par exemple, il faudrait inclure l'information suivante : début, durée, progression et fréquence des symptômes; siège, irradiation, nature et intensité de la douleur; facteurs atténuants ou aggravants; incident déclencheur; et symptômes associés.

Comme les examens se tiennent au cours d'une journée et d'une saison



données, il est important de parler en termes généraux de l'endroit et du moment où se manifeste les symptômes au lieu d'être trop précis, ce qui favorise l'uniformité des réponses et réduit les risques de confusion. Par exemple, au lieu de dire que les symptômes sont apparus « en juillet », « samedi » ou « au déjeuner », il est préférable de dire qu'ils sont apparus « il y a trois mois », « il y a trois jours » ou « il y a trois heures ». Si la douleur survient à l'effort, il est plus facile de dire « lorsque je travaille dans la cour » que « lorsque je pelle la neige » ou « lorsque je fais du jardinage ».

#### ***Antécédents médicaux pertinents***

Il est préférable de se concentrer sur l'information pertinente à l'objectif du cas. Des renseignements inutiles compliquent la formation et rendent plus difficile l'uniformité de l'interprétation du PS. Cette information (s'il y a lieu) comprend : les maladies antérieures; les antécédents et le profil médicamenteux du patient; les allergies; les hospitalisations; les accidents/ blessures; et/ou d'autres points à considérer. Une simple chronologie des événements depuis l'apparition des symptômes au moment actuel est souvent utile.

#### ***Antécédents sociaux pertinents***

Comme il a été mentionné ci-dessus, on se concentre sur l'information pertinente au sujet du patient en tentant de trouver le juste milieu entre trop et pas assez d'information. Cette information (selon sa pertinence) devrait inclure : milieu de vie (où, avec qui); antécédents sexuels; consommation de drogues et d'alcool et tabagisme; et/ou d'autres points pertinents relativement au cas. La plupart du temps, il n'est pas nécessaire de fournir des renseignements précis comme le nom du conjoint, le nom de l'employeur ou l'école. On dira au PS de retenir des noms familiers qui sont faciles à retenir, car cette information n'a pas besoin d'être uniforme.

#### ***Antécédents familiaux pertinents***

À moins d'indication contraire, le PS doit mentionner des antécédents familiaux tout à fait « ordinaires ». On DOIT fournir des renseignements pertinents au sujet des parents, des frères et soeurs ou d'autres membres de la famille, mais uniquement si cela est nécessaire. Une information simple est utile comme parents toujours en vie et en bonne santé, oncle mort d'une crise cardiaque à l'âge de 46 ans, aucun antécédent familial de diabète, nièce qui a eu des poussées de fièvre lorsqu'elle était bébé.

#### ***Examen critique des systèmes***

Il ne faut fournir que l'information qui n'est PAS incluse dans les sections susmentionnées et ne fournir que l'information essentielle au tableau clinique de ce patient. En général, seuls les signes et symptômes positifs sont

pertinents. Il y a deux exceptions à cette règle : fournir des réponses à une absence de signe ou symptôme peu fréquent ou peu commun et fournir une réponse à un résultat que le PS peut se faire demander à plusieurs reprises (p. ex., aucune douleur en avalant; aucune perte de mémoire). En précisant cette information, on rassure le PS que sa formation a tenu compte de ces questions.

### ***Renseignements supplémentaires à l'intention des formateurs et des PS***

Il peut être très utile de fournir au PS les questions qu'il est le plus susceptible de se faire poser par les candidats (p. ex., niveau d'exercice physique) et les réponses générales qu'il devra donner. Voir l'**Annexe e** pour des lignes directrices sur les réponses générales des PS à l'examen de la CNE. De plus, en fournissant certaines questions moins fréquentes mais importantes (p. ex., antécédents familiaux de caillots sanguins) que les candidats peuvent poser, de brèves descriptions des différents examens physiques (p. ex., manoeuvres permettant de faire la distinction entre une atteinte de l'articulation et une atteinte des tissus mous) et des conseils qui aideraient la simulation de l'affect et des symptômes, on favorise une interprétation plus uniforme du PS. N'oubliez pas que si l'information n'est pas fournie au PS dans les renseignements sur le cas, le PS répondra à la question de la façon la plus vague possible (c.-à-d. « Non, je n'ai pas ce symptôme » ou « C'est normal »).

### ***Comparer la grille de correction avec les consignes à l'intention du PS***

Il faut s'assurer que les réponses à tous les éléments de la grille d'évaluation figurent dans le scénario du PS. On peut faire le lien en ajoutant des mots clés provenant des réponses du PS à côté de chacun des éléments de l'outil de notation, même si la réponse est « Normal » ou « Aucun ».

## ÉTAPE

DÉCRIRE L'AMÉNAGEMENT  
de la SALLE et les ACCESSOIRES

Comme le rédacteur ne participera pas à l'organisation ou à la tenue de l'ECOS, il est important de fournir le plus d'instructions possible sur l'aménagement de la pièce, les accessoires et le matériel nécessaires.

Par exemple, on peut préciser si une table d'examen est exigée (et s'il faut que le candidat y ait accès du côté droit du patient; ou que la tête du lit soit ou non relevée), le nombre de chaises nécessaires (en prévoir une pour l'examineur), les accessoires à utiliser (comme un électrocardiogramme ou une radiographie) et tout matériel spécial (comme un sphygmomanomètre ou un marteau à réflexes). On peut aussi inclure des accessoires qui rendent la station plus réaliste, comme un support pour intraveineuse, une sonde urinaire ou des lunettes nasales.

On peut fournir du matériel de référence aux formateurs, aux PS et/ou aux examineurs. Il peut s'agir de photos, de diagrammes et de figures ou d'articles de revue (en précisant la référence, s'il y a lieu).

## ÉTAPE

## 8

## VÉRIFIER, RÉVISER et METTRE à L'ESSAI

L'élaboration de cas est un processus itératif qui exige une mûre réflexion, une vérification et une révision. Même après avoir investi son temps et ses efforts dans un cas, il est important de rester ouvert à une rétroaction. Les commentaires de confrères cliniques ou de collègues ne peuvent qu'améliorer la qualité du cas et peuvent permettre de déceler tout problème éventuel tôt dans le processus. Par exemple, on peut répéter le scénario avec un collègue pour déterminer s'il y manque des éléments. Et n'oubliez pas que même après toutes ces vérifications, on peut toujours mettre à l'essai le cas dans le cadre d'un examen réel pour voir s'il fonctionne bien d'un point de vue logistique et psychométrique.

## Conclusion

Nous espérons que le présent guide a permis de rendre une tâche qui pourrait être difficile et prendre beaucoup de temps en un processus significatif qui facilitera l'élaboration de cas d'ECOS de grande qualité.

Voir l'**Annexe f** pour un exemple de cas d'ECOS.



## Bibliographie

Façon de citer le présent document en référence :

Pugh, D., et S. Smee, 2013, *Lignes directrices sur l'élaboration de cas d'examen clinique objectif structuré (ECOS)*, Ottawa, Conseil médical du Canada.

## REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier les personnes suivantes qui ont participé à la révision du présent ouvrage : D<sup>re</sup> Joan Fraser, Ingrid de Vries, Alexa Fotheringham, Judy McCormick et D<sup>re</sup> Claire Touchie. Nous aimerions aussi remercier tout le personnel du CMC qui a participé à la révision, à la mise en pages et à la traduction du guide.



## Bibliographie

- (1) Harden, R.M., et F.A. Gleeson, « Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE) », *Med Educ*, 1979; 13(1), 41-54.
- (2) Conseil médical du Canada, *Examens*, 2012; peut être consulté à l'adresse suivante : [mcc.ca/fr/examens/](http://mcc.ca/fr/examens/). Consulté le 5 février 2013.
- (3) Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Titres, examens et agrément*, 2013; peut être consulté à l'adresse suivante : [royalcollege.ca/portal/page/portal/rcc/credentials/start/exams](http://royalcollege.ca/portal/page/portal/rcc/credentials/start/exams). Consulté le 5 février 2013.
- (4) United States Medical Licensing Examination, *Step 2 CS*, 2013; peut être consulté à l'adresse suivante : [usmle.org/step-2-cs/](http://usmle.org/step-2-cs/). Consulté le 5 février 2013.
- (5) Jefferies, A., B. Simmons, D. Tabak, J. McIlroy, K. Lee, H. Roukema et coll., « Using an objective structured clinical examination (OSCE) to assess multiple physician competencies in postgraduate training », *Med Teach*, 2007; 29 (2-3), 183-91.
- (6) Varkey, P., N. Natt, T. Lesnick, S. Downing et R. Yudkowsky, « Validity evidence for an OSCE to assess competency in systems-based practice and practice-based learning and improvement: A preliminary investigation », *Academic medicine*, 2008; 83(8), 775-780.
- (7) Frohna, J., L. Gruppen, J. Fliegel et R. Mangrulkar, « Development of an evaluation of medical student competence in evidence-based medicine using a computer-based OSCE station », *Teach Learn Med*, 2006; 18(3), 267-272.
- (8) Coderre, S., W. Woloschuk et K. McLaughlin, « Twelve tips for blueprinting », *Med Teach*, 2009; 31(4), 322-324.
- (9) Hodges, B., G. Regehr, N. McNaughton, R. Tiberius et M. Hanson, « OSCE checklists do not capture increasing levels of expertise », *Academic medicine*, 1999; 74(10), 1129-1134.
- (10) Bordage, G., C. Brailovsky, H. Carretier et G. Page, « Content validation of key features on a national examination of clinical decision-making skills », *Academic medicine*, 1995; 70(4), 276-281.
- (11) Page, G., et G. Bordage, « The Medical Council of Canada's key features project: A more valid written examination of clinical decision-making skills », *Academic medicine*, 1995; 70(2), 104-110.
- (12) Page, G., G. Bordage et T. Allen, « Developing key-feature problems and examinations to assess clinical decision-making skills », *Academic medicine*, 1995; 70(3), 194-201.
- (13) Plourde, P., et G. Bordage, Lignes directrices pour l'élaboration de problèmes à éléments-clés et d'énoncés de cas, Ottawa, Canada, Conseil médical du Canada; 2013.
- (14) Bernardin, H.J., et P.C. Smith, « A clarification of some issues regarding the development and use of behaviorally anchored rating scales (BARS) », *Journal of Applied Psychology*, 1981; 66(4), 458-463.

## ANNEXE

## a

## Exemple de grille de correction

**Consignes à l'intention du candidat :**

Luc Léger, 59 ans, vient vous consulter à votre cabinet en raison d'une jaunisse. Au cours des cinq prochaines minutes, recueillez une anamnèse pertinente et ciblée. À la prochaine station, vous répondrez à des questions au sujet de ce patient.

**Grille de correction de l'examinateur**

Noircir les bulles pour chaque élément effectué de façon satisfaisante

<input type="radio"/>	1	S'informe de l'apparition/de la durée des symptômes	
<input type="radio"/>	2	S'informe de la progression des symptômes	
	3	S'informe des symptômes associés	
<input type="radio"/>		- urine foncée	
<input type="radio"/>		- douleur	
<input type="radio"/>		- couleur des selles	
<input type="radio"/>		- fièvre	
	4	S'informe des facteurs de risque	
<input type="radio"/>		- exposition antérieure à une hépatite	
<input type="radio"/>		- transfusion sanguine récente	
<input type="radio"/>		- consommation de drogue injectable	
<input type="radio"/>		- voyage à l'étranger	
<input type="radio"/>	5	S'informe des antécédents d'alcoolisme	
	6	Effectue un examen des systèmes	
<input type="radio"/>		- peau	
<input type="radio"/>		- système gastro-intestinal	
<input type="radio"/>		- perte de poids	
<input type="radio"/>		- changement de l'appétit	

**Le candidat a-t-il manqué de professionnalisme?**

Non \_\_\_\_ Oui \_\_\_\_ (Si oui, pourquoi?) \_\_\_\_\_

- Manque de respect envers d'autres personnes (p. ex., envers le patient, l'infirmière)
- Demande trop d'examen/prend en charge le patient de façon démesurée
- Gestes soulèvent des préoccupations déontologiques et/ou légales

Décrire brièvement le comportement de l'une ou l'autre de ces raisons ou de tout autre manquement observé : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANNEXE

Exemples d'échelles d'évaluation  
EACMC, partie II

## Aptitude à écouter

0	1	2	3	4	5
Interrompt le patient de façon inappropriée, ignore ses réponses	Se montre impatient	Performance limite/insatisfaisante; quelque peu attentif	Performance limite/insatisfaisante; quelque peu attentif	Attentif aux réponses du patient	Porte une attention soutenue aux réponses du patient et à ses préoccupations

## Aptitude à questionner

0	1	2	3	4	5
Maladroit; uniquement des questions fermées ou tendancieuses; emploi de jargon	Un peu maladroit; emploie des termes inappropriés; quelques questions ouvertes	Performance limite/insatisfaisante; relativement à l'aise; utilise un langage approprié/différents types de questions	Performance limite/satisfaisante; relativement à l'aise; utilise un langage approprié/différents types de questions	À l'aise; questions précises; bon emploi de questions ouvertes/fermées	Pose les questions avec assurance et savoir-faire

## Aptitude à structurer l'entrevue

0	1	2	3	4	5
Approche désordonnée, précipitée	Minimum de méthode	Performance limite/insatisfaisante; déroulement quelque peu logique	Performance limite/satisfaisante; déroulement logique	Enchaînement logique ayant un but précis	Entrevue ayant un but précis; démarche intégrée

## Aptitude à structurer l'examen physique

0	1	2	3	4	5
Ne fait pas d'examen ou approche désordonnée; manoeuvres inutiles	Minimum de méthode	Performance limite/insatisfaisante; déroulement quelque peu logique	Performance limite/satisfaisante; déroulement logique	Enchaînement logique ayant un but précis	Entrevue ayant un but précis; démarche intégrée

## Démonstration des aptitudes techniques

0	1	2	3	4	5
Ne fait pas d'examen ou aucune aptitude; manoeuvres ne fournissent pas de l'information fiable/utile	Manoeuvres trop rapides ou maladroites; peu susceptibles de fournir de l'information fiable/utile	Performance limite/insatisfaisante; quelques aptitudes; peu probable d'obtenir des résultats fiables/utiles	Performance limite/satisfaisante; quelques aptitudes; probable d'obtenir quelques résultats fiables/utiles	Aptitudes constantes; manoeuvres devraient fournir de l'information fiable/utile	Aptitudes constantes; manoeuvres fourniront de l'information fiable/utile

## Attitude envers l'individu

0	1	2	3	4	5
Condescendant, blessant; porte des jugements	Courtoisie minimale seulement	Performance limite/insatisfaisante	Performance limite/satisfaisante	Poli et intéressé	Chaleureux, empathique

## Renseignements fournis

0	1	2	3	4	5
Aucun effort ou efforts inappropriés pour renseigner le patient (p. ex., renseignements inexacts)	Tente de donner des renseignements de façon maladroite/incomplète	Performance limite/insatisfaisante; assez à l'aise; tente de donner des renseignements	Performance limite/satisfaisante; assez à l'aise; tente de donner des renseignements	Facilité à renseigner le patient; veille quelque peu à ce que le patient comprenne	Renseigne le patient avec justesse, assurance et savoir-faire; veille à ce que le patient comprenne



## ANNEXE



## Exemples d'échelles d'évaluation

### Descripteurs de compétences de la CNE

INACCEPTABLE comparativement à un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne	CAS LIMITE INACCEPTABLE comparativement à un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne	CAS LIMITE ACCEPTABLE comparativement à un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne	ACCEPTABLE comparativement à un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne	SUPÉRIEUR au niveau attendu d'un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne
○	○	○	●	○

Voici les désignations des niveaux de rendement **ACCEPTABLE** par compétence.

#### PRISE D'ANAMNÈSE

**Attentes** : Obtient auprès du patient, d'un membre de la famille ou d'une autre personne une description des événements pertinents qui est logique sur le plan médical et chronologique. Obtient de l'information suffisamment détaillée pour définir clairement le ou les problèmes du patient.

#### EXAMEN PHYSIQUE

**Attentes** : Procède à un examen physique dans une séquence logique efficace qui permet de déterminer la présence ou l'absence d'anomalies et qui appuie la description du problème du patient. Se soucie du confort et respecte la pudeur du patient; explique ses gestes au patient.

#### ORGANISATION

**Attentes** : L'approche est cohérente et concise.

#### CAPACITÉ DE COMMUNIQUER

**Attentes** : Adopte une approche axée sur le patient. Témoinne du respect et inspire confiance; se soucie du confort du patient, respecte sa pudeur et la confidentialité de ses renseignements et lui donne l'information dont il a besoin. Fournit de l'information claire et pertinente et s'assure de la compréhension du patient tout le long de la rencontre. Utilise la répétition pour confirmer et/ou renforcer l'information et encourage le patient à poser des questions. Communique ses réflexions lorsque c'est approprié. S'informe du réseau de soutien du patient, s'il y a lieu. Convient avec le patient, s'il y a lieu, d'un plan de prise en charge et de traitement. Tient un langage non verbal approprié (p. ex., contact visuel, gestuelle, posture et moments de silence).

#### MAÎTRISE DE LA LANGUE

**Attentes** : *Veillez noter les aptitudes globales à communiquer et la qualité du français.*

Parle clairement (volume et débit appropriés) avec une bonne prononciation; l'accent ne nuit pas à l'échange. Parle directement à la personne et établit un bon contact visuel. Fournit des instructions et des commentaires et pose des questions dans un langage facile à comprendre. Utilise des termes faciles à comprendre pour les parties du corps et les fonctions. Utilise le bon choix de mots et d'expressions pour le contexte (p. ex., donner une mauvaise nouvelle). Évite l'utilisation du jargon ou de termes trop familiers. Utilise une suite logique de mots et de phrases ainsi que les temps de verbe appropriés pour faire passer le message souhaité.

#### DIAGNOSTIC

**Attentes** : Est capable de discerner l'information importante de l'information secondaire et de parvenir à un diagnostic différentiel raisonnable et/ou un diagnostic.

#### INTERPRÉTATION DES DONNÉES

**Attentes** : Interprète correctement les données recueillies dans le contexte donné.

#### ANALYSES

**Attentes** : Choisit les analyses de laboratoire et les examens diagnostics appropriés pour poser ou confirmer le diagnostic; tient compte des risques et des bienfaits.

#### THÉRAPEUTIQUE ET PRISE EN CHARGE

**Attentes** : Discute de la prise en charge thérapeutique (p. ex., pharmacothérapie, effets indésirables et sécurité du patient, prévention et promotion d'un mode de vie sain), s'il y a lieu. Choisit les traitements appropriés (surveillance, counseling, médicaments, suivi); tient compte des risques du traitement et informe adéquatement le patient.

## ANNEXE



## Ressources concernant les échelles d'évaluation

### Critères applicables à l'échelle d'évaluation de la CNE

INACCEPTABLE comparativement à un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne	CAS LIMITE INACCEPTABLE comparativement à un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne	CAS LIMITE ACCEPTABLE comparativement à un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne	ACCEPTABLE comparativement à un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne	SUPÉRIEUR au niveau attendu d'un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne
○	○	○	●	○

Les critères ci-dessous visent à aider l'examineur à bien comprendre les différences entre les diverses désignations de rendement (p. ex., entre **CAS LIMITE ACCEPTABLE ET ACCEPTABLE**).

#### INACCEPTABLE

comparativement à un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne

- L'anamnèse recueillie (s'il y a lieu) est incomplète et désorganisée
- L'examen physique (s'il y a lieu) est incomplet et désorganisé
- La capacité de gérer son temps et le sens de l'organisation sont nettement déficients
- Les aptitudes à communiquer et la maîtrise de la langue sont nettement déficientes
- Le diagnostic/diagnostic différentiel (s'il y a lieu) est inexact
- L'interprétation des données (s'il y a lieu) est inexacte
- Les examens envisagés (s'il y a lieu) sont inadéquats
- Les priorités liées à la thérapeutique et à la prise en charge sont inadéquates pour le patient et le tableau clinique

#### CAS LIMITE/INACCEPTABLE

comparativement à un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne

- L'anamnèse recueillie (s'il y a lieu) est plutôt incomplète et désorganisée
- L'examen physique (s'il y a lieu) est plutôt incomplet et désorganisé
- La capacité de gérer son temps et le sens de l'organisation sont plutôt déficients
- Les aptitudes à communiquer et la maîtrise de la langue sont plutôt déficientes
- Le diagnostic/diagnostic différentiel (s'il y a lieu) est limité ou ne permet pas de faire de distinction
- L'interprétation des données (s'il y a lieu) est faible et insatisfaisante
- Les examens envisagés (s'il y a lieu) ne sont pas suffisants
- Les priorités liées à la thérapeutique et à la prise en charge sont mal établies et plutôt inadéquates

#### CAS LIMITE/ACCEPTABLE

comparativement à un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne

- L'anamnèse recueillie (s'il y a lieu) est raisonnablement organisée et comprend certains éléments essentiels
- L'examen physique (s'il y a lieu) est raisonnablement organisé et comprend certains éléments essentiels
- La capacité de gérer son temps et le sens de l'organisation sont plutôt adéquats
- Les aptitudes à communiquer et la maîtrise de la langue sont plutôt adéquates
- Le diagnostic/diagnostic différentiel (s'il y a lieu) est plutôt adéquat et formulé de façon plutôt logique
- L'interprétation des données (s'il y a lieu) est plutôt correcte et suffisante
- Les examens envisagés (s'il y a lieu) sont plutôt adéquats
- Les priorités liées à la thérapeutique et à la prise en charge sont plutôt appropriées pour le patient et le tableau clinique

#### ACCEPTABLE

comparativement à un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne

- L'anamnèse recueillie (s'il y a lieu) comprend la plupart des éléments essentiels
- L'examen physique (s'il y a lieu) comprend la plupart des éléments essentiels
- La capacité de gérer son temps et le sens de l'organisation sont bons
- Les aptitudes à communiquer et la maîtrise de la langue sont bonnes
- Le diagnostic/diagnostic différentiel (s'il y a lieu) est logique et démontre une bonne compréhension du cas
- L'interprétation des données (s'il y a lieu) est brève et correcte
- Les examens envisagés (s'il y a lieu) sont appropriés et démontrent un choix judicieux des ressources
- Les priorités liées à la thérapeutique et à la prise en charge sont appropriées pour le patient et le tableau clinique

#### SUPÉRIEUR

au niveau attendu d'un récent diplômé d'une faculté de médecine canadienne

- Les connaissances, aptitudes et jugement clinique dépassent nettement les critères susmentionnés d'un candidat ACCEPTABLE

## ANNEXE

## C(ii)

Ressources concernant  
les échelles d'évaluation

Exemple d'indications générales à l'intention de l'examineur de la CNE

## STATION 99

## RENSEIGNEMENTS SUR LE CAS À L'INTENTION DE L'EXAMINATEUR

## CONSIGNES À L'INTENTION DU CANDIDAT :

Désirée Cantin, 28 ans, vous consulte aujourd'hui à votre cabinet en raison d'une douleur au genou.

## AU COURS DES 8 PROCHAINES MINUTES :

- RECUEILLEZ UNE ANAMNÈSE CIBLÉE ET PERTINENTE DU PROBLÈME PRÉSENTÉ.
- EFFECTUEZ UN EXAMEN PHYSIQUE CIBLÉ ET PERTINENT.

Pendant l'examen physique, EXPLIQUEZ À L'EXAMINATEUR ce que vous faites et DÉCRIVEZ CE QUE VOUS CONSTATEZ.

Après la sonnerie de 8 minutes, l'examineur vous posera des questions au sujet de cette patiente.

## INTERVENTIONS DE L'EXAMINATEUR : Aucune

## INDICATIONS APPLICABLES AU CAS

LIRE LES INDICATIONS APPLICABLES AU CAS AVANT D'ÉVALUER LES CANDIDATS. IL S'AGIT DU RENDEMENT AUQUEL ON S'ATTEND DES CANDIDATS DANS CE CAS PARTICULIER. LES RUBRIQUES PRINCIPALES CI-APRÈS CORRESPONDENT AUX COMPÉTENCES INDIQUÉES SUR LA FEUILLE DE NOTATION.

## ▶ ANAMNÈSE

(Un candidat de niveau ACCEPTABLE devrait s'informer de la majorité des éléments suivants.)

- apparition des symptômes, mécanisme de la blessure
- siège de la blessure
- facteurs aggravants/atténuants
- irradiation de la douleur
- antécédents de problèmes/symptômes au genou
- antécédents de traumatisme
- profession
- style de vie (c.-à-d. niveau d'activité physique)

## ▶ EXAMEN PHYSIQUE

(Un candidat de niveau ACCEPTABLE devrait effectuer la majorité des vérifications suivantes.)

## Inspection

- compare le genou gauche au genou droit
- observe la patiente debout, les pieds nus
- évalue sa démarche

## Palpation à la recherche

- d'un épanchement du genou (des deux côtés)
- d'une douleur le long de la ligne articulaire

## Évaluation de l'amplitude des mouvements

- actifs
- passifs

## Évaluation de la force

## Évaluation de la stabilité

- ligament croisé antérieur : manœuvre du tiroir antérieur (genou fléchi à 90 degrés, le pied immobilisé)
- ET/OU manœuvre de Lachman (genou fléchi à 15 degrés, la cuisse immobilisée)
- ET/OU manœuvre de McIntosh (extension puis flexion du genou tout en exerçant une tension en valgus)
- ligament croisé postérieur : manœuvre du tiroir postérieur
- ligaments latéraux, épreuve de tension en valgus et en varus

## Évaluation du ménisque

- manœuvre de compression d'Apley OU manœuvre de McMurray

## ▶ CAPACITÉ DE COMMUNIQUER

- Voir les DESCRIPTEURS DES COMPÉTENCES sur la CAPACITÉ DE COMMUNIQUER

## ANNEXE



## Composante complémentaire à la rencontre

### Exemple

<b>Q1</b>	L'examen abdominal de Luc Léger n'a révélé aucune hypertrophie d'un organe, aucune masse ni aucune douleur. Quel examen radiologique demanderiez-vous en premier lieu pour déterminer la cause de la jaunisse?	<b>Note</b>
<b>R1</b>	Échographie abdominale du foie	<b>4</b>
	Échographie (non précisée)	<b>2</b>
	Cholangiopancréatographie par résonance magnétique	<b>2</b>
<b>Maximum</b>		<b>4</b>
<b>Q2</b>	Si les examens ont révélé que ce patient est susceptible d'avoir une occlusion post-hépatique, que seraient les deux diagnostics à envisager?	<b>Note</b>
<b>R2</b>	Cancer du pancréas (péri-ampullaire)	<b>2</b>
	Cancer (non précisé)	<b>0</b>
	Cholédocholithiase	<b>2</b>
	Calculs biliaires	<b>1</b>
<b>Maximum</b>		<b>4</b>
<b>Q3</b>	Quel examen radiologique envisageriez-vous pour déterminer l'ampleur et la nature de l'occlusion?	<b>Note</b>
<b>R3</b>	Cholangiopancréatographie par résonance magnétique	<b>4</b>
	Cholangiographie trans-hépatique percutanée	<b>4</b>
	Tomodensitométrie	<b>1</b>
	Scintigraphie de la vésicule biliaire	<b>0</b>
	Scintigraphie hépatique (soufre colloïdal marqué au technétium 99M)	<b>0</b>
<b>Maximum</b>		<b>4</b>
<b>Q4</b>	Si on décèle chez ce patient un cancer localisé dans l'ampoule de Vater, quel traitement unique recommanderiez-vous?	<b>Note</b>
<b>R4</b>	Opération de Whipple (pancréatico-duodénectomie)	<b>4</b>
	Contournement des voies biliaires	<b>2</b>
	Excision	<b>1</b>
	Chimiothérapie	<b>0</b>
	Radiothérapie	<b>0</b>
	Aucun traitement	<b>0</b>
<b>Maximum</b>		<b>4</b>

## ANNEXE

## e

## Réponses générales du PS dans son rôle

**Réponses générales du PS dans son rôle**

Si le cas ne prévoit **PAS** de réponses à certaines questions, voici des réponses à des questions générales. Toutes les réponses sont neutres.

- Alimentation : *Normale (selon le Guide alimentaire canadien).*
- Exercice physique : *Modéré (promenade à pied de 30 minutes 3-4 fois par semaine).*
- Médicaments : *Non (jamais).*
- Tabagisme : *Non (jamais).*
- Consommation d'alcool : *Sociale (p. ex., du vin au restaurant une fois par semaine, 1-2 verres).*
- Consommation de drogues : *Non (jamais).*
- Caféine : *Un café par jour le matin.*
- Dernier examen général : *Il y a un an (normal).*
- Antécédents médicaux : *Normaux (en bonne santé).*
- Antécédents familiaux : *Normaux (aucun problème de santé).*
- Parents : *En bonne santé ou décédés à un vieil âge (selon l'âge du PS).*
- Frères et soeurs : *En bonne santé.*

Pour les femmes :

- Antécédents menstruels : *Ont commencé à 12 ans, cycle régulier de 28 jours, durent 4-5 jours;*
- Abondance : *4 serviettes maxi les jours 1 et 2 chacun, puis l'écoulement diminue au cours des 2 ou 3 derniers jours.*

Pour les enfants :

- *Toutes les étapes du développement ont été atteintes normalement, vaccination à jour.*

Réponse à toute question qui ne touche pas l'information fournie pendant la formation :

- « *Non, je n'ai pas ce symptôme.* »
- « *Non, personne dans ma famille n'a cette maladie.* »
- « *Non.* »

## ANNEXE



## Exemple d'un cas d'ECOS

Rédacteur du cas :

Titre du cas :

COMPOSANTES DU CAS	EXEMPLES
Examen	EACMC, partie II, CNE (prendre en considération le but de l'examen)
Objectifs	Évaluer la capacité du candidat de recueillir une anamnèse auprès d'un patient présentant des symptômes de psychose.
Discipline évaluée	Médecine, chirurgie, psychiatrie, etc.
Aptitudes/rôles évalués	Communication, anamnèse, examen physique, etc.
Temps alloué pour la tâche	5 minutes, 10 minutes, 11 minutes
Consignes à l'intention du candidat	Énoncé clinique, tâche exigée et temps alloué
Outils de notation	Grille de correction, échelles d'évaluation
Questions liées au cas	Questions posées par l'examineur ou le PS; Composante complémentaire à la rencontre
Instructions à l'intention du PS	Renseignements démographiques, affect, résultats de l'examen physique, déclaration à l'arrivée du candidat et/ou questions, histoire du problème actuel, etc.
Aménagement de la salle et accessoires	Lit d'hôpital, radiographies, support pour intraveineuse, matériel de référence, etc.
Examen, révision et mise à l'essai	Commentaires de la part de plusieurs experts du contenu