L'utilisation de séries télévisées pour l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale

Anaïs Carnet

▶ **To cite this version:**

Anaïs Carnet. L'utilisation de séries télévisées pour l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale. Sciences de l'information et de la communication. Université de Lorraine, 2020. Français. NNT : 2020LORR0188 . tel-03060469

HAL Id: tel-03060469

https://u-bourgogne.hal.science/tel-03060469

Submitted on 27 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université de Lorraine
École Doctorale Sociétés, Langages, Temps, Connaissances
Laboratoire d'Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française (ATILF) - UMR 7118

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le 30 novembre 2020
pour l'obtention du titre de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Mention : Langues, Littératures et Civilisations

Anaïs Carnet

L'utilisation de séries télévisées pour l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale

Sous la direction de Monsieur Alex BOULTON
Professeur des Universités – Université de Lorraine

Membres du Jury :

M. Alex BOULTON	Professeur, Université de Lorraine	Directeur
Mme Pascaline FAURE	Maîtresse de conférences-HDR, Sorbonne Université	Rapporteure
M. Laurent GAUTIER	Professeur, Université de Bourgogne-Franche Comté	Examinateur
M. Pablo ORTEGA DEBALLON	Professeur, Praticien Hospitalier, CHU François Mitterrand	Examinateur
Mme Shona WHYTE	Professeure, Université Nice Sophia Antipolis	Rapporteure

VOLUME I

« Welcome to the end of the thought process. » *House, M.D.*, S2E02.

De la naissance d'un projet de recherche à son aboutissement, une longue réflexion se forge et mûrit. Cette thèse n'aurait pu voir le jour sans l'aide précieuse et le soutien sans faille d'un grand nombre de personnes, à qui je tiens à exprimer ma plus profonde reconnaissance.

Les membres du jury qui ont accepté de lire et d'évaluer ce travail.

« Things change. Doesn't mean they get better. You gotta make things better. You can't just keep talking and hope for the best. » *House, M.D.*, S6E01

Alex qui s'est lancé dans cette aventure avec moi, qui a su me guider, même dans les moments de doute.

« You can't give up. Is that what a dinosaur would do? » *Friends*, S10E17

Didier (DBC) qui par son expérience et ses travaux m'a ouvert la voie-x.

« Oh my God! Can you adopt a second child to take some of this off me? » *Modern Family*, S11E5

Le panel de professionnels, composé des Professeurs Audia, Béjot, Samson, et des Docteurs Guenancia et Choux, qui ont répondu présents à l'invitation et ont su me donner des conseils judicieux et porter un regard critique d'expert sur ce travail.

« Never trust doctors. » *House, M.D.*, S1E13

Mes collègues du DAM, pour avoir supporté mes humeurs et accepté que parfois, la priorité était ailleurs.

«I'd rather swim butt-naked across the Ganges with a paper cut on my nipple and die a slow agonizing death from a viral infection than work with you. », *The Big Bang Theory*, S3E04

Pr Bertin et Pr Huet pour m'avoir poussée à me lancer dans ce projet, Pr Isani pour ses conseils avisés.

« Following your heart is easy. Following your brain is tough. » *House, M.D.*, S8E06

Roxane pour les cours de statistiques en accéléré, pour tes conseils pratiques, ton aide si utile et ta relecture minutieuse.

« It's a basic truth of the human condition that everybody lies. The only variable is about what. » *House, M.D.*, S1E01

Les étudiants / participants de l'étude, « my lab rats », qui ont été exemplaires, la plupart du temps, et sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour.

« Read less, more TV. » *House, M.D.*, S1E14

MOC, Jocelyne, Lucette, Joëlle pour les heures de nounou qui m'ont permis de dégager du temps pour mener ce travail à bien.

«*Rachel*: Oh come on, what am I gonna do, it's been hours and it won't stop crying.

Monica: Umm, she Rach, not it, she.

Rachel: Yeah, I'm not so sure. » *Friends*, S9E02

Les copains et les copines, les pirates, et tous les autres, je n'ai plus d'excuse.

« Whatever you do in life, it's not legendary unless your friends are there to see it. » *How I met your Mother*, S9E17

Mathieu et Ambre, à qui je dois des excuses pour avoir fait passer mon travail avant eux, à de trop nombreuses reprises.

« When you love somebody, you do everything you can to make them happy because it's not just about you anymore. » *Cougar Town*, S2E06

Sommaire

Résumé ..... *v*
Abstract ..... *vii*
Conventions ..... *ix*
Abréviations ..... *xi*

Introduction générale 1

PREMIÈRE PARTIE : Cadrage théorique 19
CHAPITRE 1
L'enseignement de l'anglais dans les facultés de médecine en France 23
CHAPITRE 2
La consultation médicale 63
CHAPITRE 3
L'enseignement/apprentissage des savoirs, savoir-faire et savoir-être de la consultation 91
CHAPITRE 4
Les documents comme voie d'accès aux savoirs, savoir-faire et savoir-être 135

DEUXIÈME PARTIE : Cadrage méthodologique **167**
CHAPITRE 5
Conception du programme d'enseignement/apprentissage 171
CHAPITRE 6
Collecte et traitement des données 217
CHAPITRE 7
Instruments de l'expérimentation 237
CHAPITRE 8
Méthode de l'étude 263

TROISIÈME PARTIE : Résultats et discussion de l'expérimentation **277**
CHAPITRE 9
Impacts sur l'utilisation et la mémorisation du lexique médical 283
CHAPITRE 10
Impacts sur la capacité à communiquer 317
CHAPITRE 11
Impacts sur le ressenti des participants 359
CHAPITRE 12
Discussion 397

Conclusion générale **419**

Références bibliographiques *427*
Références audiovisuelles *471*
Table des matières *473*
Liste des tableaux *479*
Liste des figures *485*
Liste des illustrations *491*
Index rerum *493*

Résumé

Cette thèse en didactique de l'anglais de spécialité a pour objectif de mesurer l'impact de l'utilisation de séries télévisées sur l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale. Elle est largement ancrée dans le domaine de la didactique et de la pédagogie puisque les théories et méthodologies existantes sont étudiées dans le but de créer un programme novateur d'apprentissage de la communication pour la consultation. Cette recherche se veut novatrice dans le sens où elle compare l'efficacité de trois types de documents : les documents didactiques, une série médicale et un panachage de séries médicales et non médicales. La première partie de cette thèse, qui introduit l'anglais médical comme sous-genre de l'anglais de spécialité, propose une réflexion sur la langue de la consultation médicale, ainsi que sur son aspect culturel, en en déconstruisant la dynamique. La deuxième partie constitue le cadre méthodologique, dans lequel les différentes phases de construction du nouveau programme sont introduites, puis les protocoles scientifiques sont détaillés. La troisième partie est dédiée à l'analyse et à la discussion des données obtenues lors de la recherche, afin d'éclairer la manière dont l'outil série télévisée impacte la capacité des étudiants à communiquer avec un patient étranger lors d'une consultation médicale. Il en ressort que même si l'utilisation de séries télévisées est statistiquement moins efficace que les documents didactiques pour la mémorisation, l'emploi et la pérennisation des savoirs communicationnels, leur utilisation entraîne des modifications de la représentation de la posture professionnelle sur le plan cognitif.

Mots-clefs : didactique de l'anglais de spécialité, anglais médical, enseignement/apprentissage, pédagogie, consultation médicale, communication, série télévisée, FASP.

Abstract

The objective of this research in English for Specific Purposes is to measure the impact of the use of television series on the teaching/learning of communication for medical consultation. It is largely rooted in the field of teaching and learning as existing theories and methodologies are studied with the aim of creating an innovative programme to teach medical students how to communicate during a consultation. This research is innovative as it compares the effectiveness of three types of documents: pedagogical documents, a medical television series and a mix of medical and non-medical television series. The first part of this thesis, which introduces medical English as a sub-genre of English for Specific Purposes, offers a reflection on the language of medical consultation, as well as its cultural aspect, by deconstructing its dynamics. The second part constitutes the methodological framework, in which the different construction phases of the new programme are introduced, and the scientific protocols are outlined. The third part is dedicated to the analyses and discussion of the data obtained during the research, in order to shed light on how the television series tool influences the students' ability to communicate with a foreign patient during a medical consultation. The results show that even if the use of television series is statistically less effective than educational documents in memorizing, using and perpetuating communicational knowledge, their use leads to changes in the representation of the professional posture on the cognitive level.

Keywords: English for Specific Purposes, medical English, teaching/learning, pedagogy, medical consultation, communication skills, TV series, FASP.

Conventions

Les conventions d'écriture adoptées dans cette thèse sont présentées ici.

Conventions bibliographiques

Les références bibliographiques sont présentées de la manière suivante dans le corps du texte : (nom de l'auteur, année de publication, numéro de page). Les références bibliographiques sans numéro de page sont annotées (nom de l'auteur, année de publication, n.p.)

Exemple : (Boulton, 2009, p.103)

Les épisodes de séries sont référencés de la manière suivante : *nom de la série*, numéro de la saison (S) numéro de l'épisode (E), *titre de l'épisode*.

Exemple : *House, M.D.*, S2E08, *The Mistake*.

Conventions terminologiques

Pour des raisons de lisibilité, les éléments du texte en anglais sont écrits en italique. L'orthographe britannique a été choisie, sauf si les termes mentionnés sont extraits de documents d'origine américaine.

Le masculin générique a été employé dans l'intégralité du texte, pour faire référence aux participants et à l'enseignant de l'étude, aux patients et au(x) chercheur(s).

Conventions de rédaction

Abréviations

Les abréviations, sigles et acronymes sont présentés sous leur forme complète lors de la première utilisation dans le texte, puis ils sont abrégés. Ces abréviations sont listées dans une partie spécifique de cette thèse.

Citations

Les mises en forme (gras, italique) et l'orthographe des citations sont celles de la citation d'origine, sauf indication contraire. Les citations issues des questionnaires ou des commentaires sont reproduites sans correction de notre part.

Tableaux, figures et illustrations

Les tableaux, figures et illustrations ont été réalisés par nos soins, sauf indication contraire.

Conventions de transcription

Évaluations orales

Les transcriptions des dialogues enregistrés lors des évaluations orales ont été effectuées par nos soins. L'orthographe américaine a été choisie. Par souci d'efficacité et de lisibilité, les majuscules ont été omises sauf pour les noms propres, et les règles de ponctuation ont été réduites au minimum. L'intégralité des paroles a été retranscrite, sans intervention de notre part.

Script des extraits de séries télévisées

Les scripts des extraits utilisés pour cette étude ont été trouvés en ligne. Aucune modification n'y a été apportée concernant le choix orthographique britannique ou américaine. L'ensemble a été relu par une anglophone, afin de vérifier la cohérence entre le texte et le son.

Abréviations

Les abréviations suivantes sont extraites du corps du texte de cette thèse, et sont listées telles qu'elles y apparaissent.

ACA : *Affordable Care Act*
AHU : *Assistant Hospitalier Universitaire*
ARC : *Apprentissage au Raisonnement Clinique*
BIC : *Brown Interview Checklist*
BMJ : *British Journal of Medicine*
BNC : *British National Corpus*
C2i : C*ertificat informatique et internet de l'enseignement supérieur*
CABG : *Coronary Artery Bypass Graft*
CAPES : *Certificat d'Aptitude au Professorat de l'Enseignement du Second Degré*
CBE : *Competency-based Education*
CCA : *Chef de Clinique des universités - Assistant des hôpitaux*
CCOG : *Calgary–Cambridge Observation Guide*
CDC : *Centers for Disease Control and Prevention*
CECRL : *Cadre Européen Commun de Référence pour les Langues*
CHU : *Centre Hospitalier Universitaire*
CLT : *Communicative Language Teaching*
CNU : *Conseil National des Universités*
DAM : *Département d'Anglais Médical de l'UFR Sciences de Santé de Dijon*
DFASM : *Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales*
DFGSM : *Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales*
DFGSM2 : *deuxième année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales*
DFGSM3 : *troisième année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales*
DFGSP2 : *deuxième année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Pharmaceutiques*
DLC : *Didactique des Langues-Cultures*
DREES : *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques*
EAP : *English for Academic Purposes*
ECNi : *Épreuves Classantes Nationales informatisées*
EILS : *English as an International Language of Science*
EMP : *English for Medical Purposes*

ES : *effect size (taille de l'effet)*
ESP : *English for Specific Purposes*
ET : *écart-type*
FASP : *Fiction à Substrat Professionnel*
FDA : *Food and Drug Administration*
FonF : *Focus on Form*
FonFs : *Focus on Forms*
GERAS : *Groupe d'Étude et de Recherche en Anglais de Spécialité*
IC : *intervalle de confiance*
ICBME : *International Competency-Based Medical Education*
JAMA : *Journal of the American Medical Association*
KEECC : *Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist*
LANSAD : *LANgues pour Spécialistes d'Autres Disciplines*
LCA : *Lecture Critique d'Article*
LSA : *Learning Situation Analysis*
LSP : *Language for Specific Purposes / Langue de Spécialité*
MCF : *Maître de Conférences*
MCU-PH : *Maître de Conférences – Praticien Hospitalier*
MESRI : *Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation*
NEJM : *New England Journal of Medicine*
NHS : *National Health Service*
NHST : *Null Hypothesis Significance Testing*
OSCE : *Objective Structured Clinical Examination*
PACES : *Première Année Commune aux Études de Santé*
PRAG : *Professeur agrégé du second degré*
PRCE : *Professeur certifié du second degré*
PROCIREP : *Société des producteurs de cinéma et de télévision*
PSA : *Present Situation analysis*
PU-PH : *Professeur des Universités – Praticien Hospitalier*
SACEM : *Société des auteurs compositeurs et éditeurs de musique*
TBLT : *Task-Based Language Teaching*
TD : *Travaux Dirigés*
TSA : *Teaching Situation Analysis*
UFR : *Unité de Formation et de Recherche*
WHO : *World Health Organization*

Les abréviations de cette liste renvoient aux protocoles d'étude et d'analyse des données de la recherche-action.

P1 : *programme 1*
Programme témoin qui s'appuie sur des documents didactisés.

P2 : *programme 2*
Programme test qui s'appuie sur des extraits de la seule série *House, M.D.*

P3 : *programme 3*
Programme test qui s'appuie sur des extraits de séries médicales et non médicales.

WL : *Wordlist*
Liste de mots.

WL Prod Orale : *Wordlist production orale des étudiants*
Liste regroupant l'intégralité des mots énoncés par les participants lors de l'évaluation finale.

WL Prod Orale Cas Cliniq : *Wordlist production orale triée par cas clinique*
Liste regroupant l'intégralité des mots énoncés par les participants ayant été interrogés sur le même sujet d'examen lors de l'évaluation finale.

WL Prod Orale Éval + : *Wordlist production orale, deuxième passage*
Liste regroupant l'intégralité des mots énoncés par les participants revus en examens plusieurs semestres après la fin de l'étude initiale.

WL PROG : *Wordlist programme*
Liste de l'intégralité des mots présents dans les documents de chaque programme.

WL référence : *Wordlist de référence*
Liste de mots créée pour pallier le manque de corpus propres à la communication pour la consultation médicale.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Cette thèse, dans son spectre le plus large, a pour objectif d'évaluer la pertinence de l'utilisation de séries télévisées pour l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation chez les étudiants de médecine en France. L'apprentissage technique de la consultation se fait généralement lors des stages pratiques à l'hôpital, et les recherches scientifiques s'y intéressant manquent. Le secret médical, qui est un des piliers de la consultation, rend difficile l'accès à des documents authentiques mettant en scène les échanges entre un médecin et son patient. Les séries télévisées peuvent alors être une alternative pour pallier ce manque de ressources ; toutefois, leur utilisation soulève de nombreuses interrogations telles que leur authenticité, leur fiabilité quant au reflet de la réalité et leur utilisation dans un contexte d'enseignement/apprentissage. Les concepts sous-jacents à cette recherche représentent le premier point à prendre en compte, et il convient de les énumérer brièvement dans leur ordre d'apparition :

- L'apprentissage nécessite une réflexion plus globale sur l'enseignement/apprentissage des langues. Ce travail de recherche étant

destiné aux étudiants de médecine, il s'ancre dans le secteur LANSAD (LANgues pour Spécialistes d'Autres Disciplines).

- La communication regroupe deux axes principaux qui sont la communication verbale et la communication non-verbale.
- La consultation médicale est un exercice que les étudiants doivent maîtriser pour leur future pratique professionnelle.
- Les étudiants de médecine, qui sont la population cible de cette étude, suivent un cursus universitaire particulier mêlant formation théorique et formation pratique.

Notre travail dans cette thèse est bien de nous concentrer sur la didactique des langues en analysant une approche méthodologique pour l'enseignement/apprentissage de l'anglais de la médecine à des fins professionnelles. Une série de questions a alors émergé :

- Les étudiants de médecine ont-ils réellement besoin d'apprendre à faire une consultation en anglais ?
- La consultation médicale a-t-elle des caractéristiques linguistiques propres qui la différencient de la langue générale ou de la langue de la médecine dans un autre contexte d'utilisation ?
- Que comprend la communication pour la consultation médicale et comment s'acquiert-elle ?

Afin d'amorcer une réflexion visant à répondre à ces interrogations, une analyse des besoins des étudiants de médecine français a été entreprise, permettant ainsi de définir le contexte dans lequel cette recherche est ancrée.

Fondements académiques de la thèse : analyse des besoins des étudiants de médecine

L'analyse des besoins des apprenants est la pierre angulaire de l'enseignement qui tend à « déterminer les contenus, la manière de les enseigner et donc le programme le mieux adapté au public considéré » (Van der Yeught, 2014, p.38). Pour être complète, l'analyse des besoins repose sur la collecte d'informations propres aux apprenants (« a family of procedures for gathering information about learners » (Nunan, 1988, p.75)), mais également sur les contextes

d'utilisation des savoirs. Dans le cas d'une étude sur la langue, les besoins sont alors définis comme la raison pour laquelle les étudiants apprennent l'anglais :

> First, needs analysis aims to know learners as people, as language users and as language learners. Second, needs analysis study also aims to know how language learning and skills learning can be maximized for a given learner group. Third, needs analysis study aims to know the target situations and learning environment so that data can appropriately be interpreted. (Dudley-Evans & St John, 1998, p.126)

L'analyse des besoins peut être envisagée selon trois approches (Rahman, 2015) : l'analyse de la situation actuelle (PSA – *Present Situation Analysis*), l'analyse de la situation d'apprentissage (LSA – *Learning Situation Analysis*) et l'analyse de l'objectif langagier (TSA – *Target Language Situation*). L'approche PSA se concentre sur l'apprenant, ses capacités et ses connaissances déjà acquises. L'approche LSA se penche sur l'environnement dans lequel a lieu l'apprentissage. Enfin, l'approche TSA cherche à faire ressortir les situations dans lesquelles l'apprenant aura besoin de se servir de ces savoirs ; cette approche se concentre alors sur les besoins langagiers de l'étudiant en situation et une différence peut être faite entre les besoins académiques et les besoins professionnels :

> Need is defined by the reasons for which the student is learning English, which will vary from study purposes such as following a post graduate course in an English-speaking country to work purposes such as participating in business meetings or taking hotel bookings. (Dudley Evans & St John, 1998, p.3)

Ainsi, l'objectif de l'analyse des besoins est de prendre en compte l'intégralité des éléments qui sont nécessaires à la conception d'un cours. Dudley-Evans et St John proposent un modèle pour une analyse complète des besoins (Figure 1) ; ils y incluent le contexte d'apprentissage (1), les informations personnelles (2) et professionnelles (3) concernant les apprenants, les connaissances linguistiques en lien avec l'objectif de l'apprentissage (4), les manques à combler dans les connaissances des apprenants (5), les besoins des étudiants vis-à-vis du cours qu'ils suivent (6), les besoins langagiers des apprenants (7) et les besoins communicationnels pour la situation cible (8). Ce modèle, bien que daté, est

pertinent dans le cadre de notre recherche puisqu'il prend en compte l'intégralité des éléments nécessaires à une analyse des besoins complète. De plus, les modèles qui lui ont succédé se fondent sur les mêmes concepts (Taillefer, 2004 ; Hougardy & Oger, 2006).

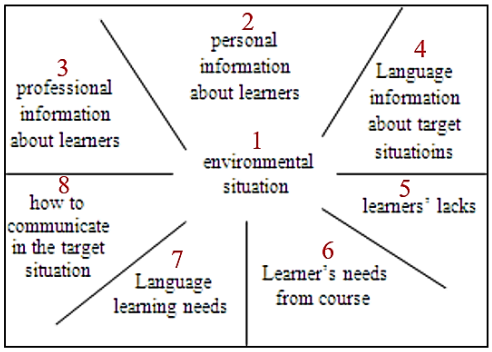


Figure 1 : Modèle pour l'analyse des besoins (Dudley-Evans et St John, 1998, p.125)

Il est cependant possible de modifier ce modèle en regroupant les éléments à prendre en compte pour l'analyse des besoins (Figure 2). Il est alors constitué de trois pôles qui sont le contexte (comprenant le cadre institutionnel, l'environnement dans lequel le cours est dispensé et l'enseignant), les objectifs (ou *target* pour faire référence à l'approche TSA, qui englobent les besoins langagiers et communicationnels propres à la réalisation des objectifs) et les étudiants pour lesquels l'origine sociologique, les objectifs professionnels et les compétences en langue (acquises et à acquérir) sont à prendre en considération.

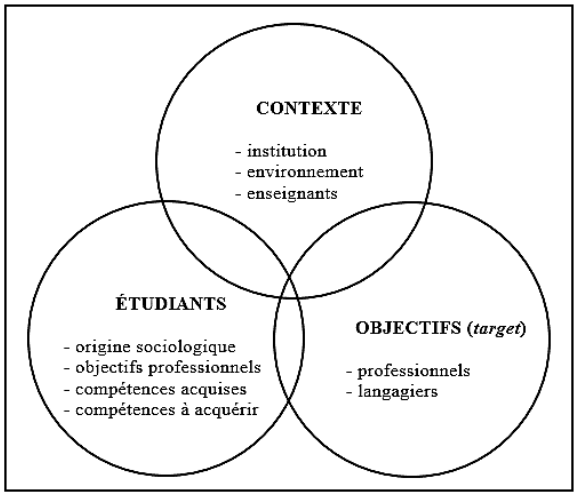


Figure 2 : Modèle modifié de l'analyse des besoins

Ces trois pôles sont définis individuellement dans la suite de l'introduction générale, puisqu'ils apportent un éclairage sur les fondements de notre recherche.

Pôle contexte : institution, environnement, enseignants

Les facultés de médecine sont des institutions éducatives qui dépendent du Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI) pour leur organisation. Mais leur lien avec les hôpitaux universitaires les place également sous la tutelle du Ministère des Solidarités et de la Santé ; ainsi, les arrêtés et décrets qui paraissent au Bulletin Officiel comportent la signature des deux ministres.

D'un point de vue administratif, les facultés de médecine sont dirigées par un doyen, qui est élu par le conseil d'Unité de Formation et de Recherche (UFR) lui-même composé d'enseignants-chercheurs, d'étudiants, de membres du personnel, de personnalités extérieures élus. Les doyens sont les représentants nationaux de la faculté de médecine, mais ils ont également un rôle au niveau local. Ils sont en charge de mettre en place les instructions ministérielles et ils prennent les mesures nécessaires au bon fonctionnement de leur établissement avec le conseil d'UFR. Ceci inclut, entre autres, le vote du budget, l'évaluation et la validation des enseignements.

Au sein des facultés de médecine, les cours magistraux sont dispensés par des professionnels de santé qui ont terminé leur cursus médical et sont devenus enseignants universitaires. Deux statuts existent : les Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (PU-PH) et les Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers (MCU-PH). Ces deux corps enseignants sont qualifiés pour enseigner la médecine au sein d'une faculté de médecine et dispensent des cours portant sur leur spécialité médicale. Ce sont des spécialistes qualifiés par le Ministère des Solidarités et de la Santé mais leur fonction d'enseignant dépend du MESRI. La nomination en qualité de PU-PH ou MCU-PH, dépend du Conseil National des Universités (CNU) à partir de critères intégrant les activités de soins, l'enseignement et la recherche. Les enseignants

de médecine dispensent des cours à la faculté, mais ils gèrent également les étudiants dans les hôpitaux universitaires en les guidant et en les aidant à acquérir des connaissances pratiques. Deux autres catégories d'enseignants doivent être mentionnées, ce sont tout d'abord les Chefs de Clinique des Universités – Assistants des Hôpitaux (CCA) qui supervisent les étudiants externes au sein de l'hôpital afin de soulager la charge de travail des MCU-PH et des PU-PH. Le titre de CCA peut être obtenu jusqu'à trois ans après la fin de l'internat et reste valide pendant deux ans (Légifrance, 1984). Enfin, les Assistants Hospitaliers Universitaires (AHU) assurent des enseignements en formation initiale et continue mais ne sont pas titulaires de leur poste. Ces catégories d'enseignants font partie de la sphère professionnelle médicale et sont au fait de la réalité du monde médical. Ils dispensent des enseignements portant sur leur propre spécialité médicale, et guident les étudiants dans leur acquisition des pratiques professionnelles afin de les aider à devenir des praticiens autonomes.

Pôle étudiants : origine sociologique, objectifs professionnels, compétences

Un rapport de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) dresse le tableau des étudiants de médecine français (DREES, 2015). En 2014, 57 745 étudiants se sont inscrits en PACES (Première Année Commune aux Études de Santé) dans 30 UFR : deux tiers s'inscrivent pour la première fois au concours, le tiers restant sont des redoublants. Parmi ces étudiants, 90 % des primants sont néo-bacheliers et neuf sur dix ont obtenu un baccalauréat scientifique. Le rapport indique que ces chiffres sont identiques à ceux des classes préparatoires ou des grandes écoles. D'autres statistiques précisent que 65 % de ces étudiants sont des femmes, et que 87 % d'entre eux ont moins de 18 ans (ce chiffre est de 73 % dans les autres UFR). Enfin, l'origine sociale des étudiants est notée : trois sur dix sont issus d'une famille dont les parents sont cadres ou exercent une profession libérale, tandis que seulement un sur dix est issu d'une famille ouvrière. Les étudiants de médecine de l'UFR Sciences de Santé de Dijon représentent la population ciblée par cette étude ; les données collectées par le service de scolarité de l'UFR des Sciences de Santé de

Dijon les concernant sont ici utilisées pour les comparer avec la présentation nationale faite par la DREES.

Environ 1 500 étudiants commencent des études de santé chaque année à Dijon et tous ont le même objectif ; ils étaient 1 410 en 2015-16, 1 420 en 2016-17, 1 450 en 2017-18, et 1 461 en 2018-19. Les statistiques nationales concernant les primants et doublants sont également vérifiables à Dijon : ils étaient 69 % de primants en 2015-16, et 70 % les trois années suivantes (Figure 3). Une majorité de ces étudiants sont des femmes, tout comme au niveau national : 65,7 % en 2016-17, 67,86 % en 2017-18, et 69,2 % en 2018-19 (Figure 4).

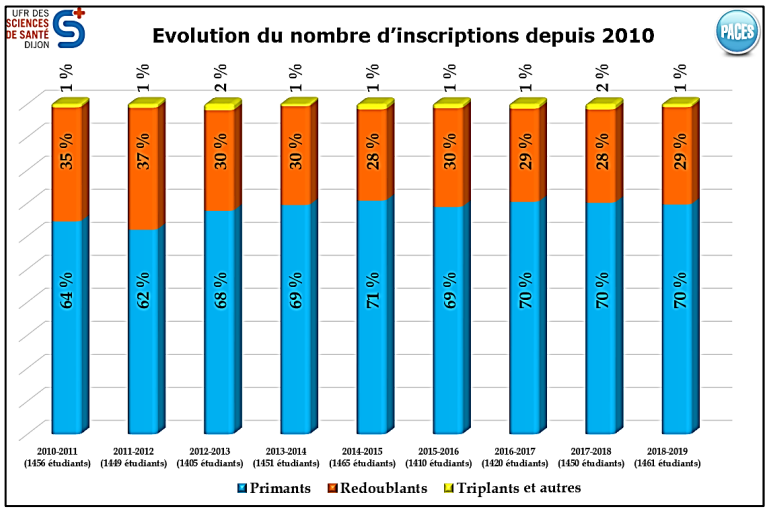


Figure 3 : Évolution du nombre d'inscriptions en PACES depuis 2010 à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

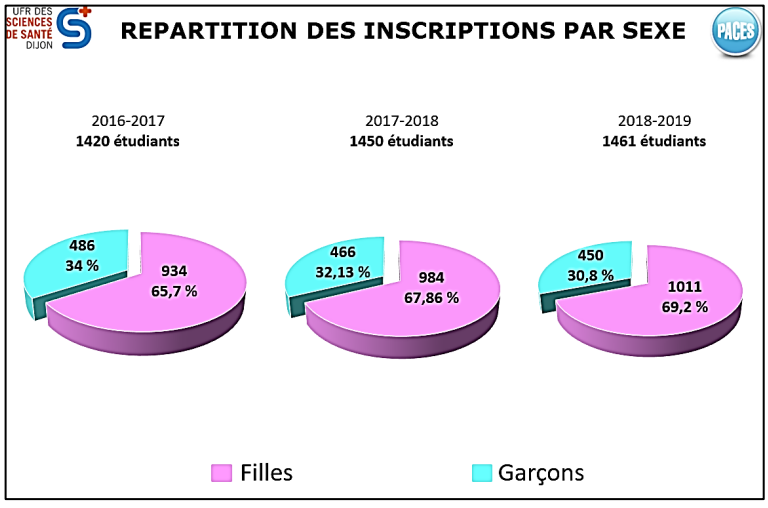


Figure 4 : Répartition hommes/femmes des inscrits en PACES à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Pour l'année 2018-19, 819 des étudiants inscrits à l'UFR Sciences de Santé de Dijon avaient un baccalauréat scientifique option science de la vie et de la terre ; 14 % d'entre eux avaient obtenu la mention très bien et 25 % la mention bien. Parmi les 201 bacheliers scientifiques option mathématique, 24 % avaient obtenu la mention très bien et 34 % la mention bien. Les 280, qui avaient un baccalauréat scientifique option physique chimie, étaient 22 % à avoir reçu la mention très bien et 26 % la mention bien. Parmi ceux qui n'avaient pas de baccalauréat scientifique, 7 % avaient une mention très bien et 22 % une mention bien (Figure 5). Une fois de plus, les statistiques nationales se révèlent être vraies pour Dijon ; les étudiants qui s'inscrivent en PACES sont des étudiants avec un excellent profil académique. Par exemple, pour l'année 2017-18, parmi les 229 candidats reçus au concours médecine, 91 (38,7 %) étaient des primants ayant obtenu une mention très bien au baccalauréat (Figure 6). Ceci est également démontré par les moyennes générales des étudiants au concours d'entrée en médecine (Tableau 1).

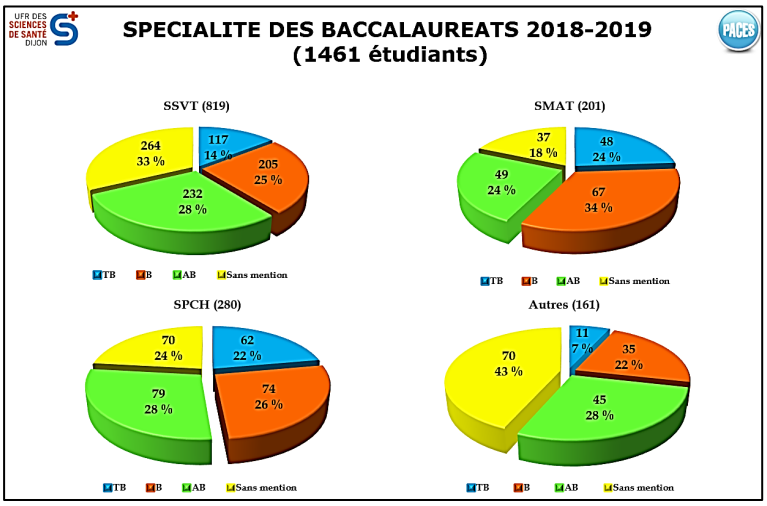


Figure 5 : Spécialité des baccalauréats des inscrits en PACES à l'UFR Sciences de Santé de Dijon en 2018-19

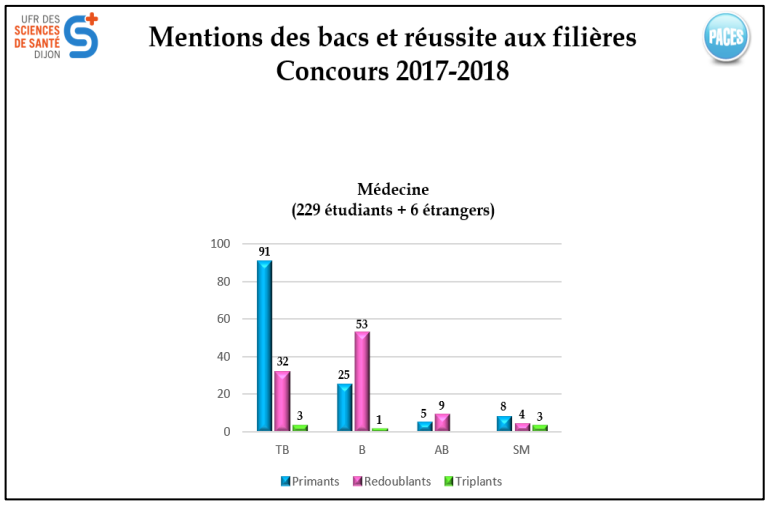


Figure 6 : Mention au baccalauréat des étudiants reçus au concours PACES 2017-18 à l'UFR Sciences de Santé de Dijon

ANNÉE	INSCRITS	REÇUS		MOYENNE		MOY.	ET
		PRIM.	DOUBL.	HAUTE	BASSE		
2014-15	736	113	104	18,04	13,34	15,69	3,323
2015-16	756	126	102	17,58	12,78	15,18	3,394
2016-17	820	127	102	18,3	13,51	15,91	3,387
2017-18	815	133	100	17,69	13,53	15,61	5,022

Tableau 1 : Moyennes générales hautes et basses des étudiants admis au concours PACES (spécialité médecine) à l'UFR Sciences de Santé à Dijon

Pôle objectifs : objectifs professionnels, objectifs langagiers

Les objectifs de la formation médicale sont définis par les différents arrêtés ministériels et sont divisés entre deux types de savoir, le savoir théorique et le savoir pratique.

Le texte actuellement en vigueur pour la PACES[1] présente les conditions d'admission au sein d'une faculté de médecine, et explique le déroulement de l'année universitaire ainsi que l'organisation du concours (Légifrance, 2009). Chaque année, le Numerus Clausus est publié au Journal Officiel et statue sur le nombre de candidats admis dans chaque filière au niveau national. Pour l'année 2019-20, 8 811 étudiants ont été autorisés à poursuivre leurs études médicales, 1 220 en odontologie, 3 175 en pharmacie et 994 en maïeutique (Légifrance,

[1] Deux nouveaux décrets visant à la réorganisation des études de santé seront mis en place en septembre 2020 : notre réflexion s'appuie sur les textes qui font loi au moment de la rédaction de ce travail.

2019). L'arrêté ministériel pour la PACES inclut le programme qui doit être appliqué dans chaque faculté en raison du concours d'entrée dans les études médicales. Ce programme prévoit des enseignements théoriques uniquement, qui servent de socle des connaissances à approfondir dans les années suivantes.

Concernant le Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales (DFGSM), qui comprend la deuxième (DFGSM2) et la troisième (DFGSM3) années des études médicales, l'arrêté préconise des enseignements théoriques et stipule également la mise en place de stages à l'hôpital. La distinction entre savoirs théoriques et savoirs pratiques fait ici son apparition. Les savoirs théoriques enseignés en PACES sont repris et approfondis, l'enseignement d'une langue vivante étrangère devient obligatoire, et les étudiants débutent leur formation pratique par le biais de stages à l'hôpital. À l'issue de ces trois années, les étudiants obtiennent le diplôme DFGSM, qui équivaut à une licence.

L'arrêté du 8 avril 2013 (Légifrance, 2013a) donne les informations nécessaires au déroulement du second cycle des études médicales, à savoir DFASM (Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales). Les enseignements sont également divisés selon deux catégories : les enseignements théoriques d'une part, et les compétences génériques d'autre part, permettant :

> […] aux étudiants d'exercer par la suite, en milieu hospitalier ou en milieu ambulatoire, les fonctions du troisième cycle et d'acquérir les compétences professionnelles de la formation dans laquelle ils s'engageront au cours de leur spécialisation. (Légifrance, 2013a, article 5)

Il est également prévu dans cet arrêté une formation au certificat informatique et internet de l'enseignement supérieur (C2i niveau 2 – métiers de la santé) et un enseignement de langues vivantes étrangères. Les étudiants ont l'obligation d'effectuer des stages et ils ont la possibilité d'en faire un à l'étranger (Légifrance, 2014). Ces trois années, que l'on appelle l'externat, visent à compléter la formation médicale et à préparer le deuxième concours des études médicales, les ECNi (Épreuves Classantes Nationales informatisées). À la fin de ce deuxième cycle, les étudiants obtiennent le diplôme DFASM, équivalent à un niveau master.

L'arrêté du 12 avril 2017 présente les modalités du troisième cycle des études médicales (Légifrance, 2017). Après les ECNi, les externes deviennent internes ; leur classement leur permet de choisir une spécialité et la ville dans laquelle ils effectueront leur spécialisation, pour une période de 3 à 6 ans, selon la spécialité. L'internat est divisé en trois phases : la phase socle, qui correspond à l'acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences nécessaires à l'exercice de la médecine, la phase d'approfondissement et la phase de consolidation (Légifrance, 2016). Après avoir validé les périodes de stages et la thèse d'exercice, les internes obtiennent le Diplôme d'État de docteur en médecine.

Un enseignement de langues vivantes doit donc être mis en place dans les facultés de médecine françaises. Bien que la langue à enseigner ne soit pas définie dans les arrêtés, l'anglais est considéré comme la *lingua franca*, également appelée EILS (« English as an International Language of Science » – Ferguson, 2007), et ceci peut s'appliquer au contexte médical. En effet, une langue devient une *lingua franca* lorsque celle-ci développe un rôle fondamental qui lui est reconnu dans chaque pays (Crystal, 2003). C'est la raison pour laquelle d'autres enseignants prennent part à la construction des savoirs des étudiants au sein des facultés de médecine : les enseignants d'anglais. Parmi eux se distinguent plusieurs catégories socio-professionnelles : les enseignants-chercheurs qui dépendent du MESRI et qui regroupent les Maîtres de Conférences (MCF) et les Professeurs des Université[2], les professeurs agrégés de l'enseignement du second degré (PRAG) et les professeurs certifiés du second degré (PRCE), qui sont des enseignants détachés du Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. Selon les besoins des UFR, des vacataires et des contractuels viennent parfois compléter les équipes. Ces enseignants ont acquis des compétences éducatives par le biais de leur cursus universitaire, qui s'appuyait principalement sur des études littéraires et civilisationnelles, mais rarement sur une formation médicale. Il convient ainsi de se demander pourquoi

[2] Il n'y a pas de Professeur des Université en anglais médical en France à ce jour.

les étudiants de médecine ont besoin de professeurs d'anglais et plus particulièrement, ce que ces enseignants leur apprennent.

Les étudiants de médecine ont besoin de cours d'anglais pendant leurs études, et il semble nécessaire d'expliciter certains faits. Depuis 2017, l'épreuve de LCA (Lecture Critique d'Article) des ECNi porte sur deux articles de recherche en anglais (ces articles étaient auparavant traduits en français). Les étudiants bénéficient de trois heures pour lire ces deux articles d'une dizaine de pages chacun et répondre à 30 questions à choix multiples. La note obtenue à cette épreuve compte pour 10 % de la note finale aux ECNi, et peut faire varier le classement national et donc le choix de spécialité. D'autre part, pendant leur pratique professionnelle, les médecins français sont de plus en plus fréquemment confrontés à des patients étrangers, et la langue anglaise reste la langue de prédilection pour communiquer dans ces situations, même si elle n'est pas non plus la langue maternelle du patient. Également, les étudiants ont la possibilité pendant leur cursus de partir à l'étranger pour effectuer un stage clinique ou de recherche. Dans ces deux cas, l'anglais reste la langue de prédilection pour communiquer, que ce soit dans un service hospitalier avec le personnel ou les patients, ou lors de la rédaction d'articles scientifiques. Ainsi, permettre aux étudiants de maîtriser la langue anglaise en lien avec leur discipline devrait accroître leurs chances de succès à la fois dans leur cursus universitaire, mais aussi dans leur future carrière professionnelle.

Bilan de l'analyse des besoins

L'analyse des besoins des étudiants de médecine menée ici éclaire le déroulement des études de médecine en France, qui sont réglementées par deux ministères en charge de l'établissement des programmes de formation : le MESRI et le Ministère des Solidarités et de la Santé. L'étude détaillée des textes officiels permet de scinder les savoirs que les étudiants de médecine doivent acquérir entre les savoirs théoriques et les savoirs pratiques. Les Bulletins Officiels signalent également la nécessité de mettre en place un enseignement de

langues vivantes dans les facultés de médecine, et nous avons établi que l'anglais est la langue de prédilection pour la médecine. L'ambivalence des programmes institutionnel nous amène à insister sur le fait que l'enseignement de l'anglais doit également répondre à ces deux caractéristiques qui sont, l'apprentissage de l'anglais pour les besoins académiques d'une part, et pour les besoins professionnels d'autre part. Cette thèse s'ancre largement dans l'apprentissage à visée professionnelle puisque l'objectif de ce travail est de permettre aux étudiants de devenir autonomes dans une situation de communication professionnelle qui est la consultation médicale.

Problématisation et création du projet de recherche-action

L'analyse de ces faits nous amène à soulever les questions suivantes :

- Comment enseigner la consultation médicale en anglais à des étudiants français ? Quels contenus sont à inclure ? Quels outils didactiques et pédagogiques peut-on employer ?
- Si l'on utilise des séries télévisées pour l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale, comment celles-ci impactent-elles les étudiants? Ces impacts sont-ils en lien avec leur motivation ? Avec leurs apprentissages ?
- Comment mesurer ces impacts ? Quels facteurs sont à prendre en compte afin de les mesurer ?

Ces questions ont amorcé notre travail de réflexion et ont abouti à la problématisation suivante : dans quelle mesure l'utilisation de séries télévisées en cours d'anglais impacte-t-elle la capacité des étudiants de médecine à communiquer en anglais lors d'une consultation ? Afin d'apporter des réponses en lien avec notre problématique, nous avons décidé de mettre en place une recherche-action, que Bradbury présente comme une recherche qui réunit :

> Action and reflection, as well as theory and practice, in participation with others, in the pursuit of practical solutions or issues of pressing concern. (2015, p.1)

Ces recherches sont généralement mises en place par un enseignant dans le but de faire évoluer les pratiques pédagogiques au sens large, ou les siennes plus particulièrement :

> Action research specifically refers to a disciplined inquiry done by a teacher with the intent that the research will inform and change his or her practices in the future. (Ferrance, 2000, p.1)

Notre recherche-action se concentre sur un cours dispensé sur un semestre au sein de l'UFR des Sciences de Santé de l'Université de Bourgogne-Franche Comté à Dijon. Ce cours était dispensé depuis de nombreuses années sous un format très traditionnel, et le programme n'était pas satisfaisant en terme d'objectifs. De ce fait, nous avons entrepris de créer un nouveau programme, plus en adéquation avec les besoins réels des étudiants. Le projet entrepris consiste en l'enseignement de la consultation à trois groupes d'étudiants de deuxième et troisième années de médecine, mais en utilisant des documents différents : des documents didactiques issus de manuels pour le premier groupe, des extraits de la série télévisée *House, M.D.* pour le second, et des extraits de séries télévisées médicales et non médicales pour le troisième.

Le processus qui a été mis en place afin de répondre à notre problématique est le suivant (Figure 7) : nous avons tout d'abord commencé par expliciter les questions en lien avec la problématique (étape 1), puis des recherches ont été effectuées dans la littérature existante (étape 2). Ces recherches se sont concentrées sur l'analyse des besoins, la langue de spécialité, la communication lors de la consultation médicale et la didactique des langues. Nous avons ensuite créé le nouveau programme d'enseignement pour l'enseignement/apprentissage de la communication de la consultation visant à répondre à notre problématique (étape 3). Les modalités de collecte de données ont été établies (étape 4). Une fois ces données analysées (étape 5), nous avons pu rédiger les résultats de notre étude (étape 6). Ces résultats permettent de répondre à la problématique, par le biais d'un éclairage scientifique fondé sur des résultats quantitatifs et qualitatifs (étape 1). La recherche-action apparaît alors comme un processus cyclique, qui cherche à évaluer des pratiques pédagogiques, afin d'apporter un regard nouveau sur des théories didactiques existantes et pourquoi pas, d'en proposer de

nouvelles : « la RA [recherche-action] peut générer des/une théorie(s) en apportant des « preuves » pratiques plus que statistiques » (Narcy-Combes, 1998, n.p.).

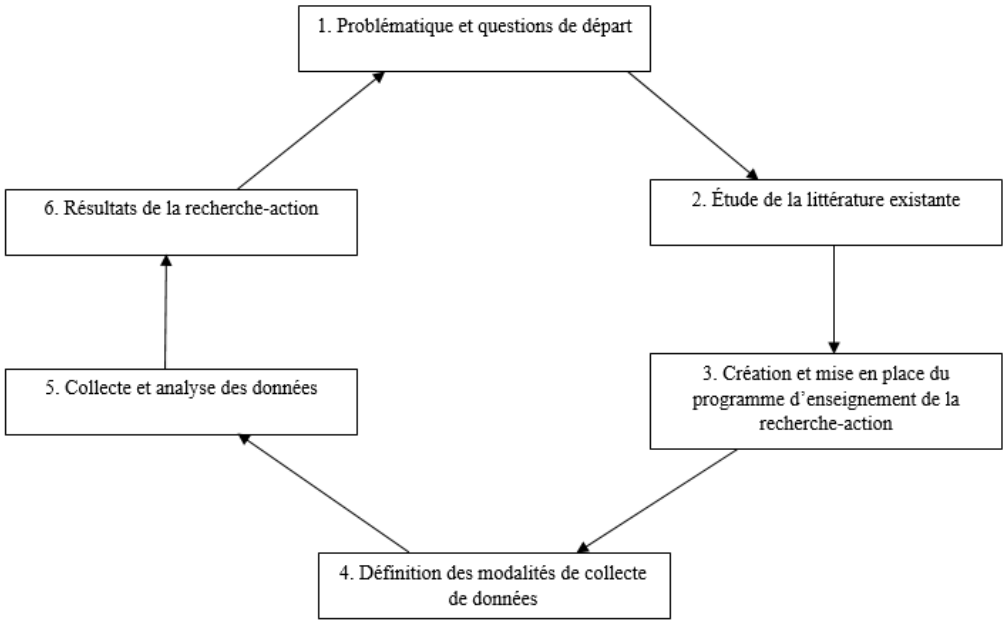


Figure 7 : Étapes du processus de recherche-action (adapté de Ferrance, 2000, p.9)

Toutefois, l'appellation de recherche-action peut susciter des questionnements. En effet, la démarche cyclique habituelle de la recherche-action consiste à tester une hypothèse *in situ*, à analyser les données collectées à l'issue de la phase d'expérimentation, puis à réajuster le protocole d'action dans le but de l'améliorer avant de le reproduire (Figure 8). Ceci n'est pas le cas de notre étude, puisque seul le premier cycle de la phase expérimentale est présenté. En effet, même si l'expérimentation a eu lieu en trois temps, tous ont respecté les mêmes protocoles, sans aucune intervention de notre part entre chaque cycle. Notre objectif étant de mesurer l'impact des documents sur la capacité à communiquer des étudiants-participants, tous ont reçu le même enseignement, dans le respect des mêmes protocoles. Puisque notre étude se compose de trois temps, il aurait été possible de respecter les cycles de la recherche-action, mais cela ne nous aurait pas permis d'établir de comparaison fiable entre les trois groupes, puisqu'une intervention de réflexion et d'amélioration aurait eu lieu entre chaque phase. De ce fait, cette thèse n'est pas une recherche-action *per se*, puisqu'elle

se concentre uniquement sur la présentation et l'analyse de la phase expérimentale d'un processus de recherche didactique beaucoup plus vaste.

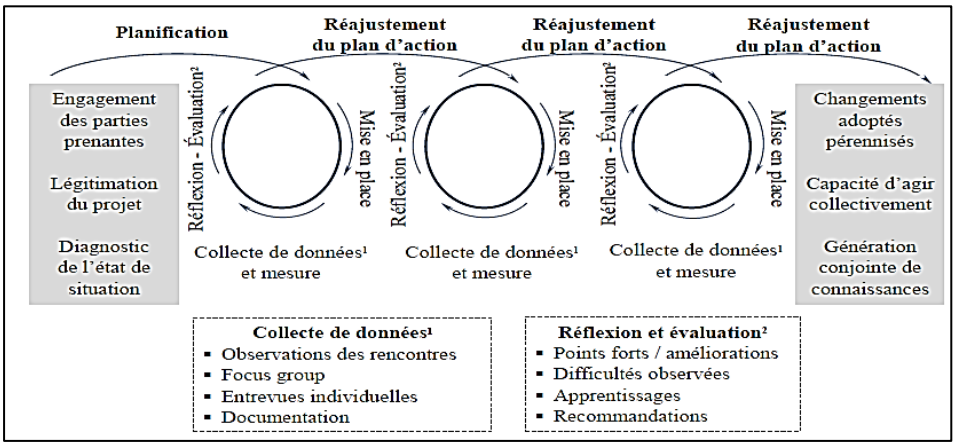


Figure 8 : Cycle de la recherche-action (Roy, Ph & Prévost, 2013, p.136)

Structure de la thèse

Cette thèse fait intervenir trois concepts majeurs sur lesquels une réflexion s'impose. Tout d'abord, la communication étant au centre du projet pédagogique, elle doit faire l'objet d'une analyse approfondie. Bien plus qu'une banale situation d'échanges entre deux individus, la communication dans le contexte spécifique de la consultation médicale fait intervenir d'autres paramètres qu'il sera nécessaire de développer. Outre la distinction entre communication verbale et non-verbale et la spécificité du discours, la communication pour la consultation médicale doit également être envisagée sous le spectre de l'interculturalité, l'objectif fixé étant de permettre aux étudiants de médecine français d'être capables de communiquer avec un patient étranger.

Le second concept concerne les séries télévisées. Connues par le grand public comme source de divertissement, elles sont, dans ce travail de recherche, utilisées comme un outil pédagogique à part entière afin d'amener les étudiants à maîtriser la situation de communication visée. L'analyse de ces séries doit alors nous amener à défendre leur utilité pédago-didactique, et à chercher des outils qui vont permettre d'évaluer leur efficacité.

Enfin, l'enseignement/apprentissage est au cœur de ce travail, et représente le dernier concept central. Il est de ce fait primordial de consacrer du temps à l'exploration et à l'analyse des théories et méthodologies existantes dans le but de créer un programme qui répond au mieux aux exigences fixées. Ces trois grands concepts guident la progression structurelle de cette thèse. Toutefois, les cloisonner serait inefficace puisque nous cherchons à comprendre les liens qui les unissent.

La première partie, qui a donné lieu à une publication dans *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité – Cahiers de l'APLIUT* (Carnet, 2016) permet de poser le cadre théorique de cette thèse. La langue y est étudiée en tant qu'objet d'enseignement/apprentissage, et analysée selon le cadrage de la langue de spécialité. Dans un second temps, la consultation médicale est étudiée sous l'angle d'approche anglophone qui offre de nombreuses publications sur le sujet. La consultation est déconstruite afin de faire émerger les concepts en lien avec la communication. Cette première partie se poursuit sur l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation. Une étude sélective des différentes théories didactiques et méthodologies d'enseignement/apprentissage est présentée, afin d'établir un cadre pouvant mener à la création du nouveau programme d'enseignement. L'ensemble des savoirs, savoir-faire et savoir-être que les étudiants doivent acquérir grâce au nouveau programme y sont détaillés. La réflexion sur les séries télévisées conclut cette première partie, en analysant les points qui peuvent venir justifier leur utilisation dans un contexte d'enseignement/apprentissage tels que la médiation, la réalité fictionnelle ou encore la Fiction à Substrat Professionnel (FASP). L'objectif de cette première partie est d'affiner notre problématique et de définir les questions de recherche auxquelles le reste de ce travail s'efforce de répondre.

La deuxième partie de cette recherche présente le cadre méthodologique. La démarche de création du nouveau programme est explicitée et le protocole d'évaluation finale est défini. Le programme créé pour cette étude est détaillé, et l'accent est mis sur les documents utilisés puisqu'ils sont le cœur de cette thèse. Afin de défendre la fiabilité scientifique de notre travail, nous détaillons les

outils utilisés pour assurer la collecte de données, à savoir la création et les méthodes d'analyse des différents corpus et des questionnaires. Ensuite, les protocoles d'expérimentation, de recrutement et de randomisation des participants, de collecte et d'analyse des données sont définis.

La troisième partie détaille les résultats de la phase expérimentale de la recherche-action. Ceux-ci sont analysés dans le but de répondre aux questions soulevées par notre réflexion et visent à mesurer l'impact de l'utilisation des séries télévisées sur l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale chez les étudiants de médecine français. Nous mesurons ainsi cet impact sur l'acquisition des savoirs, savoir-faire et savoir-être, mais également sur le ressenti des étudiants eux-mêmes.

PREMIÈRE PARTIE
CADRAGE THÉORIQUE

Introduction

L'objectif de cette première partie est de poser le cadre théorique de la recherche menée. Tout d'abord, l'enseignement d'un cours de langues vivantes est imposé par les textes régissant les études médicales en France, bien qu'aucune ligne directrice ne soit donnée. Un travail d'analyse sur la langue doit alors être entrepris, et il convient de se concentrer sur le type d'anglais à enseigner (général ou médical) puisque cela a des répercussions sur l'enseignement et sur l'apprentissage. Les étudiants étant au centre de cette étude, leur opinion, tout comme celui des professionnels de santé et des enseignants de langue intervenant dans les facultés de médecine, doivent être confrontés afin de venir éclairer notre réflexion.

À la lecture des textes officiels, il apparaît que les étudiants de médecine, qui bénéficient d'une formation théorique et pratique, doivent être capables de mener une consultation médicale rapidement dans leur cursus pour être en mesure d'assurer leurs stages à l'hôpital. Mais la consultation médicale est une situation spécifique, qui implique une maîtrise de multiples compétences médicales et communicationnelles. Pourtant, son enseignement/apprentissage n'est pas inclus dans les textes officiels. Ainsi,

l'analyse du processus mécanique de la consultation fait émerger ses concepts qui peuvent ainsi être étudiés.

La mise à jour de ces concepts mène à l'étude des stratégies d'enseignement/apprentissage applicables au domaine de notre recherche. La didactique et la pédagogie sont deux notions souvent confondues, notre réflexion doit alors être éclairée par la définition de toutes les notions en lien avec l'enseignement et l'apprentissage qui entrent en jeu dans le cadre de cette recherche. Ces définitions guident nos choix pour atteindre les objectifs fixés et nous orientent vers l'innovation pédagogique en utilisant les séries télévisées pour l'enseignement/apprentissage de la communication de la consultation. L'utilisation de séries télévisées requiert toutefois d'analyser ce médium sous un nouvel angle d'approche : elles ne sont pas à envisager comme technique de divertissement, mais bien comme outil pédagogique utilisé à des fins didactiques.

CHAPITRE 1
L'ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE EN FRANCE

Les étudiants de médecine bénéficient d'un enseignement en langue étrangère, mais les attentes ministérielles ne sont pas clairement explicitées dans le texte législatif (Légifrance, 2011). Même s'il semble que l'anglais est le choix le plus fréquent, les cours d'anglais dispensés en faculté de médecine doivent-ils être fondés sur un apprentissage de l'anglais général ou de l'anglais médical ? Cette question mérite d'être posée puisque la réponse vise à orienter le choix de l'enseignant, mais également à renseigner sur la façon dont l'enseignement va être conduit. Dans ce chapitre, un travail sur la langue est effectué. Dans un premier temps, nous tenterons de définir ce qu'est la langue de spécialité. Dans un second temps, nous définirons l'anglais de spécialité en confrontant les visions francophones et anglophones. Dans un troisième temps, nous essayerons de démontrer que l'anglais médical est une variété de l'anglais de spécialité, et que celle-ci peut à nouveau être subdivisée entre l'anglais médical à visée

professionnelle et l'anglais médical à visée académique. Enfin, nous conclurons ce chapitre par l'analyse du point de vue des étudiants de médecine concernant leurs besoins en anglais.

1.1. La langue de spécialité

De nombreux chercheurs francophones ont tenté de définir la langue de spécialité. Notre objectif ici n'est pas de proposer une étude diachronique des définitions ou des travaux de recherche dans le domaine de la langue de spécialité, mais plutôt de mettre en lumière les éléments-clefs qui lui sont propres, afin de souligner la pertinence de cette recherche.

En 1976, Galisson et Coste proposent une définition de ce qu'est une langue de spécialité ; pour eux, il s'agit d'une :

> Expression générique pour désigner les langues utilisées dans des situations de communication (orales ou écrites) qui impliquent la transmission d'une information relevant d'un champ d'expérience particulier. (p.506)

Cette définition fait apparaître le point fondateur et fédérateur de la recherche en langue de spécialité en France ; une langue de spécialité est un modèle linguistique utilisé par des spécialistes d'un domaine spécifique. Isani et Hérino indiquent : « Il existe autant de langues de spécialité que de métiers » (1994, p.108). Il semble alors que la langue de spécialité se construit sur le modèle de la langue générale, utilisée par l'ensemble de la population d'un pays ou d'une région, mais devient différente lorsque des spécialistes appartenant à un même groupe ont besoin de communiquer sur leur domaine de spécialisation. La langue de spécialité va « se servir d'une langue naturelle (la langue de référence) pour rendre compte de connaissances particulières » (Charnock, 1999, p.283).

Ces chercheurs s'accordent donc sur le fait qu'une langue de spécialité est une variété de la langue générale qui va véhiculer un message spécifique par le biais d'une langue propre à cette spécialité. Ce qui rend cette langue si particulière, ce sont ses traits caractéristiques, que Lerat (1995) a tenté de lister ; il y inclut la linguistique, le système de signes (tels que les symboles ou les formules), la terminologie, l'écriture, la morphologie (c'est-à-dire la classe des mots), la

syntaxe, la sémantique, la traduction, la documentation, la normalisation et la rédaction technique. Trouillon a également tenté de définir ce modèle linguistique en expliquant qu'une langue de spécialité :

> Ne relève donc pas seulement de données terminologiques propres à un domaine donné mais d'un vaste ensemble regroupant, outre les aspects purement linguistiques (terminologie, grammaire, style, etc.), la culture des milieux qui utilisent cette langue. (2010, p.26)

Ainsi, l'étude d'une langue de spécialité ne relève pas seulement d'une liste de mots propres à la spécialité, mais il s'agit bien de prendre en compte l'intégralité du modèle linguistique, afin d'en extraire les caractéristiques. L'anglais de spécialité renvoie alors à une variété spécialisée de la langue anglaise, ce qui est explicité par la définition proposée par le GERAS (Groupe d'Étude et de Recherche en Anglais de Spécialité) en 2011 : l'anglais de spécialité est « l'expression d'un domaine spécialisé dans cette langue » (Van der Yeught, 2014, p.56).

1.2. L'anglais de spécialité

Petit a travaillé sur l'anglais de spécialité de manière épistémologique afin de construire cet objet d'étude en proposant une définition qui a évolué au fil de ses travaux. Il a d'abord défini l'anglais de spécialité comme étant :

> La branche de l'anglistique qui traite de la langue, du discours et de la culture des communautés professionnelles et groupes sociaux spécialisés anglophones, et de l'enseignement de cet objet. (2002, p.2)

Pour lui, l'anglais de spécialité est un objet langagier discursif qui peut se définir par son mode de discours et un objet d'enseignement qui est défini par son public. L'anglais de spécialité est alors une discipline interne de la discipline plus vaste qu'est « l'anglistique ». Ses recherches l'ont également amené à confronter la construction française de l'anglais de spécialité au modèle anglophone *English for Specific Purposes* (ESP) né dans les années 70 :

> La tradition internationale anglophone, qui se définit principalement en termes d'enseignement-apprentissage de la langue de(s) spécialité(s), et le rôle de l'analyse du discours y est donc avant tout

> de contribuer à la connaissance des usages de cette langue. (Petit, 2010, p.2)

C'est bien dans cette vision, placée sous le signe de l'enseignement/apprentissage que cette recherche se situe. Cette étude vise à l'amélioration des processus d'enseignement de l'anglais médical auprès d'un public d'apprenants non spécialistes de la langue, mais bien de la spécialité médicale. C'est pourquoi nous avons adopté la définition anglophone de ce qu'est et de ce que comprend l'anglais de spécialité. Dudley-Evans et St John s'inspirent de la définition proposée par Strevens (1988) et définissent l'anglais de spécialité selon des caractéristiques absolues :

> 1- ESP is defined to meet specific needs of the learner;
> 2- ESP makes use of underlying methodology and activities of the discipline it serves;
> 3- ESP is centered on the language appropriate to these activities in terms of grammar, lexis, register, study skills, discourse and genre. (Dudley-Evans & St John, 1998, p.4)

Hutchinson et Waters déclarent que « the rise of ESP [was emphasized by] the central importance of the learners » (1987, p.8). Ainsi, du point de vue anglophone, l'anglais de spécialité est caractérisé par l'enseignement de l'anglais à des étudiants ayant des objectifs spécifiques en lien avec des domaines précis. Ceci met en lumière les deux éléments-clefs de l'anglais de spécialité, à savoir la langue anglaise et les besoins académiques et professionnels des étudiants. Dans le cadre de l'anglais de spécialité, la langue n'est pas au centre du processus d'apprentissage, mais elle devient un moyen d'atteindre l'excellence pour un groupe ciblé d'étudiants partageant le même objectif professionnel (Paltridge & Starfield, 2012).

Un des éléments phares de l'anglais de spécialité réside dans l'accent mis sur l'objectif final de l'apprentissage de la langue : les étudiants n'ont pas besoin d'apprendre l'anglais pour maîtriser l'anglais uniquement ; ils l'apprennent dans le but de devenir autonomes dans leur propre champ de compétences et de spécialisation. En d'autres termes, la langue est au service des objectifs des étudiants. Cet objectif de maîtrise de la langue peut être atteint en travaillant sur le type de discours propre au domaine d'étude de l'étudiant :

> In teaching our students to master a specific discourse, we are treating them like […] tacticians able to work out the best way to deal with the various discourses which they will encounter in their future careers. (Chambers, 2007, p.37)

Par conséquent, l'anglais de spécialité porte sur de l'anglais spécifique par opposition à l'anglais général :

> ESP refers to the teaching and learning of English as a second or foreign language where the goal is to use English in a particular domain. (Paltridge & Starfield, 2012, p.2).

Les différentes définitions de l'anglais de spécialité ont été étudiées par Sarré et Whyte (2016) et nous en résumons trois dans le Tableau 2, qui semblent essentielles à notre recherche.

Hutchinson & Waters (1987)	Dudley-Evans & St John (1998)	Petit (2002)
Approche pour l'apprentissage de la langue	Approche de l'enseignement en termes de caractéristiques et de variables de la langue	Sous-branche de l'anglais
Centré sur les besoins des apprenants	Centré sur les besoins des apprenants, les choix méthodologiques en lien avec le contexte professionnel, les aspects linguistiques de la langue spécialisée	Centré sur les dimensions linguistiques, discursive et culturelle de la langue spécialisée et sur l'enseignement

Tableau 2 : Définitions de l'anglais de spécialité (adapté de Sarré & Whyte, 2016, p.8)

Puisque l'objectif ne porte pas seulement sur l'enseignement de la langue, le rôle de l'enseignant d'anglais de spécialité s'élargit :

> ESP pedagogy places heavy demands on its practitioners to collect empirical needs-assessment data, to create or adapt materials to meet specific needs identified. (Belcher, Johns & Paltridge, 2011, p.166)

Comme l'écrivent Dudley-Evans et St John (1998), l'enseignant d'anglais de spécialité endosse le rôle d'enseignant, de collaborateur, de concepteur de cours, de fournisseur de matériel, de chercheur et d'évaluateur. Dans ce contexte, l'enseignant d'anglais de spécialité analyse les besoins des étudiants, sans jamais laisser de côté l'aspect professionnel lié à la langue que les étudiants doivent acquérir. Pour ce faire, une collaboration naît entre l'enseignant et ses étudiants, mais également entre l'enseignant de langue et les professionnels du domaine,

ceci dans le but d'accroître la motivation des étudiants et de leur faire prendre conscience des enjeux en lien avec leur apprentissage. Ceci pourrait apparaître comme un des éléments fondateurs de la didactique de l'anglais de spécialité : afin de permettre aux étudiants d'acquérir des connaissances complètes, l'enseignant d'anglais de spécialité fait ressortir les besoins de ces étudiants (qui sont différents selon leur cursus) ; également, ils pensent et créent leurs propres programmes et cours pour aider les étudiants à atteindre leurs objectifs tant académiques que professionnels, et enfin, ils leur est nécessaire de travailler sur des documents spécifiques qui seront au service de leur programme et de leurs objectifs. Il est alors fondamental, pour les enseignants d'anglais de spécialité, de mener des recherches visant à servir les besoins de leurs étudiants.

1.3. L'anglais médical

Les programmes d'anglais dans les facultés de médecine ne sont pas définis par le ministère (cf. Introduction générale). Par conséquent, les enseignants d'anglais vont faire des recherches pour mettre en lumière les besoins de leurs étudiants et trouver une manière d'amener ces étudiants à leur objectif. Une fois que les enseignants ont défini ces objectifs pédagogiques, il leur faut chercher des documents pour enseigner les spécificités liées au domaine. Leur choix de documents est extrêmement important puisqu'ils vont aider les étudiants à acquérir des savoirs et à maîtriser des savoir-faire, mais les motiver également :

> En se fondant sur des documents liés à la spécialité étudiée, les activités communicatives associées à une approche conceptualisatrice des savoirs sur la langue octroient à l'apprentissage une dimension inhabituelle voire novatrice qui encourage les étudiants à exercer plus volontiers leur métier d'étudiant dans la mesure où ils en situent l'enjeu. (Deyrich, 2001, p.148)

Dans cette recherche, la langue anglaise est au service des étudiants de médecine afin de les aider à devenir autonomes dans leur pratique professionnelle. Pourtant, l'anglais médical existe-t-il comme étant une variété de l'anglais de spécialité ? Van der Yeught (2016) explique que la dimension diachronique de la langue de spécialité peut prouver son fondement historique. L'article de

Maher *English for Medical Purposes* (1986) retrace les recherches faites sur l'anglais médical ; il explique que l'anglais médical est une variété de l'anglais de spécialité, et qu'elle est reconnue comme telle depuis de nombreuses décennies :

> From its inception (in about 1960) EMP has measurably expanded as a recognisable branch of ESP, both in terms of output and sophistication of teaching materials and courses available in Britain, the USA and elsewhere, and in the emergence of EMP literature. (p.114)

Il propose ensuite la définition suivante de l'*English for Medical Purposes* :

> The term English for Medical Purposes (EMP) refers to the teaching of English for doctors, nurses, and other personnel in the medical professions. It involves the teaching/learning of English for a utilitarian purpose, an identifiable goal - typically, the successful performance of work or the optimum effectiveness of medical training. In general terms, EMP (a) is designed to meet the specific English language needs of the medical learner (e.g. nurse, GP, dentist, etc.); (b) focuses on themes and topics specific to the medical field; (c) focuses on a restricted range of skills which may be required by the medical learner (e.g. for writing a medical paper, preparing a talk for a medical meeting, etc.). (*Ibid.*, p.112)

Cette définition de ce qu'est l'anglais médical, et qui est adoptée dans cette recherche, renvoie bien à l'enseignement de cette langue-objet. L'étudiant est au centre des préoccupations de l'enseignant de langue et ses besoins sont à prendre en compte afin de garantir l'efficacité de l'enseignement. Cependant, l'enseignement de l'anglais médical aide les étudiants à maîtriser cette langue telle qu'elle est utilisée par les professionnels :

> The authentic world must be brought to the students, and they must learn to interact with the language as it is spoken and written in target situation. (Antic, 2007, p.142)

Van der Yeught a proposé un protocole pour décrire les langues de spécialité, qui est ici utilisé pour décrire l'anglais médical :

> Le spécialisé peut s'exprimer (1) dans la langue elle-même, (2) dans les discours spécialisés qu'elle produit et (3) dans la culture qu'elle véhicule, les LSP [langues de spécialité] peuvent être décrites selon un protocole tripartite « langue – discours – culture ». (2016, p.59)

1.3.1. La culture médicale

Lorsque l'on étudie une langue de spécialité, Mémet explique que « le terme de culture est pris dans son acception la plus vaste. Il s'agit de la culture de milieux professionnels » (2008, p.21). La culture renvoie alors à une communauté, et l'identité communautaire se définit par les interactions sociales au sein de cette communauté (Belcher & Lukkarila, 2011, p.77). Dans le contexte de cette recherche, il s'agit de la communauté médicale qui regroupe médecins, infirmiers, aides-soignants, etc. Van der Yeught définit la communauté spécialisée comme étant « [l'] ensemble des personnes qui œuvrent à la finalité d'un domaine spécialisé » (Van der Yeught, 2016, p.18). Tous ces professionnels de santé partagent la médecine comme savoir fondamental et tout ce qui est en lien direct avec, tels que les patients, les traitements, les examens. Cependant, la culture médicale ne saurait se résumer au simple partage de connaissances médicales.

Un premier point relevant de la culture médicale mérite d'être présenté, il s'agit du serment d'Hippocrate. Ce texte a été écrit par Hippocrate et ses disciples au Vème siècle avant JC et commençait par un serment fait aux divinités grecques. Ce serment était composé d'une liste d'actions que les médecins devaient suivre afin de garantir le respect de la médecine et d'en éviter les dérives (Salem, 1999). Ce texte est resté inchangé pendant plusieurs siècles et faisait figure de code éthique parmi les médecins. Cependant, après la deuxième guerre mondiale, la classe politique internationale a décidé de créer la Déclaration de Genève, principalement en raison des atrocités commises par les médecins nazis ; un nouveau texte est apparu, sous le nom de serment de Genève (Association des Médecins du canton de Genève, 2015). Ce nouveau serment partage des idées communes avec le serment d'Hippocrate, mais ajoute de nouvelles idées essentielles au regard des droits de l'homme. De nos jours, en France, les médecins nouvellement ordonnés lisent toujours le serment d'Hippocrate originel ; cela fait partie de la culture médicale, même s'il s'agit davantage d'un rite de passage que d'un acte légal.

En France, les obligations des professionnels de santé sont définies par deux documents qui sont, en fait, le même : le Code de Déontologie Médicale (Conseil

National de l'Ordre des Médecins, 2017) et le Code de la Santé Publique (Légifrance, 2015). Ces textes fournissent aux médecins un code éthique puisque l'éthique fait partie de la culture médicale.

Trois notions semblent pourtant souvent confondues : l'éthique, la morale et la déontologie. La déontologie peut être définie comme étant la théorie des devoirs, la morale comme la science du bien et du mal et l'éthique comme la science de la morale. Ces trois notions semblent se recouper et être interdépendantes. Les devoirs dépendent de notre conception de ce qui est bien ou mal, de ce qu'il convient de faire ou non dans une situation donnée, le tout étant régit par notre conscience, ou par la conscience collective, représentée par la morale. L'éthique sert alors de science, guide ultime de la quête et de la gestion du bien et du mal. Russ explique que :

> L'éthique s'efforce de déconstruire les règles de conduite qui forment la morale, les jugements de bien et de mal […] ; elle en défait les structures et en démonte l'édification pour s'efforcer de descendre jusqu'aux fondements cachés de l'obligation. (1994, p.5)

Llorca (2003) propose une liste de principes fondateurs et fédérateurs de l'éthique médicale. Il y inclut :

- les principes de cohérence, d'honnêteté et de sincérité qui cherchent à éviter les conflits d'intérêt ;
- les principes de connaissance et de prévoyance qui tentent d'évaluer les risques liés à la recherche médicale ;
- les principes d'autonomie, de confidentialité, de précaution et de protection qui visent au respect de la personne par le biais du consentement éclairé ou du secret médical ;
- les principes de compétence, de justice, de non-malfaisance qui veillent à l'accès et à la qualité des soins ;
- les principes de responsabilité avec l'obligation de compétence ou le respect de la sacralité de la vie pour éviter l'acharnement thérapeutique.

À la lecture de ces principes, il apparaît deux types d'éthique pour la médecine : tout d'abord la bioéthique, qui correspond à l'éthique pour les sciences de la vie et qui est régie par la Déclaration d'Helsinki (Association Médicale Mondiale,

2017), et l'éthique pour la pratique médicale, régie par le code de Déontologie de l'Ordre des Médecins (Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2017). L'une comme l'autre place le bien-être de l'humanité au centre de leurs préoccupations.

L'éthique est donc un thème central à la culture médicale : non seulement elle assure le respect des patients, mais elle garantit également le respect des protocoles et des lois. Ainsi, les médecins partagent une culture commune par le biais de textes anciens et récents. Le serment d'Hippocrate sert de rite de passage et le Code de Déontologie Médicale garantit le respect des lois. Cependant, d'autres concepts sont à prendre en compte lorsque l'on fait référence à la culture médicale.

Le concept suivant est représenté par les différents systèmes médicaux qui existent à travers le monde. Chaque pays dispose de son propre système de santé et tous sont différents. Dans le cadre de notre recherche, seuls trois sont examinés : ceux de la France, du Royaume-Uni et des États-Unis car ils sont en lien avec notre objet d'étude qui est l'anglais médical. Pour chacun, nous proposons de relever le rôle du gouvernement, les couvertures publiques et privées et les différentes garanties.

En France, l'État est responsable du système de sécurité sociale par le biais du Ministère des Solidarités et de la Santé ; il en définit les stratégies nationales ainsi que le budget. Au Royaume-Uni, la gouvernance du système de santé est divisée entre plusieurs acteurs : le Parlement, le Ministre de la Santé (*Secretary of State for Health*) et le Ministère de la Santé (*Department of Health*). L'objectif de ce système de santé est de garantir des services de santé complets et gratuits pour tous. Aux États-Unis, l'*Affordable Care Act* (ACA) a été voté en 2010 afin d'assurer une responsabilité conjointe du gouvernement, des employeurs et des individus pour garantir une assurance santé abordable et de qualité à tous. Cependant, cette loi est amenée à changer avec le gouvernement actuel.

Des couvertures publiques et privées existent dans ces trois systèmes de santé. En France, l'Assurance Maladie est publique, la couverture est dite universelle et est obligatoire pour tous les habitants. Les mutuelles sont généralement des

organisations à but non lucratif, payées par l'employeur ou par les institutions ; elles permettent le remboursement des frais de santé non couverts par l'Assurance Maladie. Le système est assez similaire au Royaume-Uni : l'État assure le financement public de la NHS (*National Health Service*) qui offre une couverture quasi-gratuite universelle à tous les résidents. Des assurances privées existent également, et elles garantissent un accès plus rapide aux soins, principalement dans le cadre d'interventions chirurgicales programmées. Cependant, la plupart d'entre elles excluent la santé mentale, la maternité, les soins d'urgence et la médecine de famille. Le système américain est plus complexe. Le système de santé est divisé en deux branches : *Medicare*, qui est financé par l'État fédéral et *Medicaid* qui est financé par chaque état. La couverture n'est pas universelle ; en 2015, seuls 67,2 % des citoyens américains étaient couverts. Les compagnies d'assurance privées dépendent des lois fédérales et sont généralement payées par l'employeur, ce qui ne garantit pas non plus une couverture universelle. Les couvertures garanties par chaque système de santé sont présentées dans le Tableau 3.

FRANCE	ROYAUME-UNI	ÉTATS-UNIS
Secteur public et privé	Médecine préventive	Soins ambulatoires
Soins ambulatoires	Soins hospitaliers	Soins d'urgence
Médecins généralistes et spécialistes et dentistes	Soins médicaux	Hospitalisation
	Médicaments	Soins liés à la maternité
Soins liés à la maternité	Soins dentaires	Santé mentale
Tests en laboratoire	« nécessaires »	Addictologie
Médicaments, appareils médicaux et prothèses	Soins ophtalmologiques	Médicaments sur ordonnance
	Santé mentale (patients déficients)	
Transport de malades		Soins de rééducation
Soins à domicile	Soins palliatifs	Tests en laboratoire
	Soins de rééducation	Médecine préventive
	Soins à domicile	Soins pédiatriques

Tableau 3 : Soins couverts par les systèmes de santé de France, du Royaume-Uni et des États-Unis

Enfin, la communication entre les professionnels de santé peut également être assimilée à la culture médicale. Ils ne s'adressent pas à leurs collègues de la même manière qu'ils s'adressent à leurs patients. La sphère médicale est hautement hiérarchique ; les médecins doivent en avoir conscience afin d'utiliser le bon registre de langue dans le but de n'offenser personne :

> The whole point of looking at communication is the recognition that there is more to "being a good doctor" than clinical expertise. (Skelton & Whetstone, 2012, p.88)

En d'autres termes, la communication fait partie de la culture de l'anglais médical. Par conséquent, à travers l'apprentissage de l'anglais, les étudiants de médecine vont acquérir un savoir culturel qui les aidera à intégrer leur communauté. Par exemple, un des rôles des enseignants de langue va être d'apprendre aux étudiants les différents registres de langue en fonction du public auquel ils s'adressent, puisque l'anglais médical est destiné aux étudiants de médecine et à tous ceux qui travaillent dans la sphère médicale (Hwang, 2011). Cependant, l'apprentissage de l'anglais médical ne saurait se résumer au simple apprentissage de la communication en anglais :

> L'anglais pour la médecine peut se définir comme l'usage de l'anglais pour rendre compte de connaissances médicales : c'est de l'anglais et en même temps, c'est le vecteur de savoirs et de savoir-faire. (Carnet, 2001, p.85)

Les enseignants d'anglais médical devraient alors se concentrer sur l'enseignement de la médecine en anglais et pas seulement sur l'anglais général. Cependant, les enseignants d'anglais médical sont, pour la plupart, des professeurs d'anglais dont la formation s'est concentrée sur la littérature et la civilisation britannique et américaine, ainsi que sur la linguistique, et qui ont validé un concours de l'enseignement tel que le CAPES (Certificat d'Aptitude au Professorat de l'Enseignement du Second Degré) ou l'agrégation. Le concours du CAPES repose sur deux épreuves écrites d'admissibilité : une épreuve de composition « qui consiste en une composition en langue étrangère à partir d'un dossier constitué de documents de littérature et/ou de civilisation portant sur l'une des notions ou thématiques choisies dans les programmes de lycée et de collège » et d'une épreuve de traduction (thème ou version) (Légifrance, 2013b).

L'admission comporte elle aussi deux épreuves, mais orales cette fois : une épreuve de mise en situation professionnelle qui « prend appui sur un dossier proposé par le jury, composé de documents se rapportant à l'une des notions ou thématiques de l'ensemble des programmes de lycée et de collège » et un

entretien à partir d'un dossier composé d'une part d'un document de « compréhension audio ou vidéo authentique en langue étrangère » et d'un « dossier composé de productions d'élèves (écrites et orales) et de documents relatifs aux situations d'enseignement et au contexte institutionnel » (Légifrance, 2013b). Le concours de l'agrégation comporte quant à lui quatre épreuves d'admissibilité écrites (une dissertation et un commentaire de texte sur un sujet de civilisation ou de littérature dans le cadre d'un programme, une composition de linguistique et une épreuve de traduction) et trois épreuves d'admission orales (dont une épreuve à option parmi littérature, civilisation, linguistique en anglais suivie d'un entretien en anglais, une leçon en anglais portant sur l'option suivie d'un entretien en français et une troisième épreuve en deux parties : épreuve sans préparation de compréhension et restitution, puis interrogation en français portant sur la compétence « Agir en fonctionnaire de l'État et de façon éthique et responsable » (Légifrance, 2010).

Par conséquent, les connaissances médicales des enseignants de langue sont généralement très limitées puisqu'ils n'ont pas suivi de formation spécifique à la médecine, et l'on est en droit de s'interroger quant à la validité de leurs compétences à dispenser un enseignement sur l'anglais médical. Dans cette perspective, les enseignants d'anglais médical devraient travailler en collaboration avec des professionnels de santé afin de s'assurer que leur enseignement est adapté. L'enseignement collaboratif (*team teaching*) est au centre de nombreuses recherches. Winn et Messenheimer-Young lui confèrent certains avantages du point de vue de l'enseignant :

> It [team teaching] expanded our knowledge bases and our teaching strategies. In addition, it called for us to be explicit about our teaching decisions […] made us clarify purposes and rationales that we were more likely to have left unaddressed when teaching alone. (1995, p.227)

Anderson et Speck sont parmi ceux qui se concentrent sur les avantages pour les étudiants: « team teaching encourages multiple perspectives, promotes dialogue/increased participation, and improves evaluation/feedback » (1998, p.673). Ainsi, le travail collaboratif entre le professeur d'anglais et le professionnel de santé va permettre aux enseignants d'anglais médical de faire

partie de cette communauté médicale, garantissant ainsi que leurs cours ciblent les besoins des étudiants de manière adéquate.

1.3.2. Le discours médical

Le second point important à analyser concernant l'anglais de spécialité est le discours. Il convient alors de présenter la nuance qui existe entre le genre, qui a été largement étudié par Swales, un des précurseurs de ce domaine avec *Genre Analysis* (1990) et le registre. Le genre peut être opposé au registre selon la définition de Halliday qui présente ce dernier comme étant :

> A cluster of associated features having a greater-than-random (or rather, greater than predicted by their unconditioned probabilities) tendency to co-occur. (1988, p.162)

Swales explique que le genre fait référence à « a distinctive category of discourse of any type, spoken or written, with or without literary aspirations » (1990, p.33). Le genre peut alors être défini, dans le cadre de l'ESP comme étant :

> A conventionalized communicative event whose form and linguistic features are determined by the practices and conventions of the discourse community to which the text is addressed. (Luzon Marco, 2000, p.64)

Swales explique également que les communautés de discours sont des groupes qui partagent des buts communs et utilisent la communication pour les atteindre : « discourse communities […] ha[ve] a broadly agreed set of common public goals [and] has mechanisms of intercommunication among its members » (1990, p.24-25). Le genre renvoie alors à l'utilisation de certains marqueurs communicationnels propres à un groupe d'utilisateurs :

> Genre essentially refers to language use in a conventionalised communicative setting in order to give expression to a specific set of communicative goals of a disciplinary or social institution, which give rise to stable structural forms by imposing constrains (sic) on the use of lexicogrammatical as well as discoursal resources. (Bhatia, 1993, p.23)

Le registre, quant à lui, représente une perspective différente de l'analyse du discours :

> The register perspective focuses on the pervasive linguistic characteristics of representative text excerpts from the variety. The register perspective characterises the typical linguistic features of text varieties, and connects those features functionally to the situational context of the variety. Because the focus is on words and grammatical features that are frequent and pervasive, the analysis can be based on a sample of text excerpts rather than complete texts. (Biber, 2010, p.242)

Les caractéristiques linguistiques étudiées font parties de la langue générale, mais sont employées d'une manière différente afin de répondre au code linguistique propre à la communauté qui l'utilise :

> These language features are conventionally associated with the genre: they conform to the culturally expected way of constructing texts belonging to the variety. (*Ibid.*, p.241)

Il est donc nécessaire de se concentrer sur le registre spécifique qu'est l'anglais médical. Plusieurs chercheurs ont tenté de le définir afin d'en faire ressortir les caractéristiques linguistiques. En 1989, une étude portant sur quatre types de textes médicaux propose de caractériser ce qu'est l'anglais médical. Un corpus de 51 textes comprenant des articles de recherche, des éditoriaux, et des case reports est créé (Salager-Meyer, Defives, Jensen & De Filipis, 1989). Ce corpus a permis aux auteurs de dégager trois éléments communs qui définissent le registre de l'anglais médical : l'emploi du passif, des modaux et du gérondif.

Carnet (1996) s'est concentré sur les articles de recherche afin d'en faire ressortir les caractéristiques de l'anglais médical. Dans sa thèse de doctorat, il a étudié des articles de recherche médicaux issus du *Lancet* afin de classer et de comparer les caractéristiques linguistiques de l'anglais médical. Il en relève six : les structures passives, les noms composés, les adjectifs composés, le génitif, les articles et la modalité ; cette dernière caractéristique a été étudiée sous le concept de « hedging » (Salager-Meyer, 1994 ; Hyland, 2006b). Carnet a complété cette liste en ajoutant les temps et les mots de liaison (Carnet & Magnet 2006). Beaufrère-Bertheux (1997) s'est concentrée sur l'étude d'abstracts d'articles de recherche médicaux et a conclu que le genre médical était défini par quatre caractéristiques : les temps, les adverbes, la modalité et les mots de liaison. Ces informations sont essentielles puisqu'elles permettent d'anticiper les

caractéristiques linguistiques présentes dans les articles de recherche médicaux. Ceci a son importance non seulement pour les étudiants, mais également pour les enseignants, puisque l'apprentissage des structures passives ou des adjectifs composés va aider les étudiants à accéder au sens d'un article de recherche plus rapidement (Bhatia, 1993).

Deux articles de recherche utilisés en cours d'anglais à Dijon en DFASM 1 et 2 illustrent ces propos : (A) *Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, Ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients* (The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators, 2000) et (B) *Ciprofloxacin for 7 days versus 14 days in women with acute pyelonephritis: a randomized, open-label and double-blind, placebo-controlled, non-inferiority trial* (Sandberg *et al.,* 2012). Dans ces articles, les caractéristiques listées précédemment sont toutes présentes sauf le génitif, et quelques exemples sont présentés dans le Tableau 4.

STRUCTURES PASSIVES	*patients were excluded* (A) *patients were allocated* (B)
NOMS COMPOSÉS	*heart failure* (A) *outpatient basis* (B)
ADJECTIFS COMPOSÉS	*a two-sided alpha level* (A) *colony-forming units* (B)
ARTICLES	*the effects of vitamin E* (A) *antimicrobial drugs* (B)
MODALITÉ	*may have been affected* (A) *should not be extrapolated* (B)
TEMPS	*our findings suggest* (A) *trials have been done* (B)
ADVERBES	*widely* (A) *aerobically* (B)
MOTS DE LIAISON	*however* (A) *therefore* (B)

Tableau 4 : Exemples de caractéristiques de l'anglais médical tirés des deux articles de recherche utilisés en DFASM1 et DFASM2 à Dijon

Même si le génitif n'est pas présent dans ces deux articles, il doit tout de même faire partie de la liste des caractéristiques linguistiques de l'anglais médical ; en effet, on le retrouve souvent dans les articles de recherche, principalement dans la dénomination de maladies telles que *Parkinson's disease* ou *Alzheimer's disease*. Ces mêmes articles de recherche sont utilisés dans le but de compléter la liste de caractéristiques de l'anglais médical, à laquelle nous pouvons rajouter les nombres, les unités de mesures et les abréviations (Tableau 5).

Il est discutable de rajouter les nombres à cette liste ; néanmoins, lorsque l'on s'intéresse à la façon dont l'anglais les exprime, il est nécessaire d'expliciter l'utilisation de la virgule à un public non aguerri. En effet, la virgule française devient un point décimal en anglais et afin de s'assurer de la bonne compréhension, il est nécessaire de connaître cette différence, même si elle est avérée dans un contexte non médical. Cependant, la façon de lire les nombres à décimaux en anglais est un point intéressant à rappeler aux étudiants de médecine : les chiffres placés après le point décimal sont lus un par un ; par exemple, Pi (3.14159) est lu *three point one four one five nine*. En ce qui concerne l'utilisation anglophone de la virgule, il faut rappeler qu'elle sert à séparer les milliers, les millions et ainsi de suite (par exemple, 3 000 patients en français s'écrit *3,000 patients* en anglais). Ceci diffère du système linguistique français, il est donc important pour les étudiants de médecine de connaître ces nuances afin d'éviter des problèmes de confusion ou d'incompréhension.

En ce qui concerne les unités de mesure, celles de la vitesse (telle que *miles per hour*) ou de la distance (*miles* ou *yards*, par exemple) ne sont pas très utiles dans un contexte médical. L'intérêt dans l'étude des unités de mesure pour la médecine se trouve dans celles en rapport avec le corps. Pour décrire la taille de quelqu'un, les anglophones utilisent les *feet* et *inches* ; pour exprimer le poids, ce sera les *stones* et *pounds*. La dernière unité qu'il faut mentionner est celle de la température avec les degrés Fahrenheit. Ces différences sont principalement culturelles, mais pour un médecin francophone, le fait d'être conscient de ces différences et de savoir comment les utiliser et les convertir est essentiel.

Enfin, nous avons mentionné les abréviations. Elles font parties de la vie quotidienne et la médecine les utilise également. On les retrouve pour faire référence à des organisations telles que la FDA (*Food and Drug Administration*) ou WHO (*World Health Organization*), pour nommer des procédures chirurgicales comme CABG (*Coronary Artery Bypass Graft*), qui correspond au pontage coronarien. Connaître ces abréviations fréquemment utilisées aide les médecins francophones et leur garantit une meilleure compréhension.

NOMBRES	*10,576 eligible patients* (A) *p=0.0004* (B)
UNITÉS DE MESURE	*The mean blood pressure at entry was 139/79 mm Hg* (A) *38.0°C* (B)
ABRÉVIATIONS	*CABG* (A) *serum CRP* (B)

Tableau 5 : Compléments de caractéristiques linguistiques de l'anglais médical issus des deux articles de recherche utilisés en DFASM1 et DFASM2 à Dijon

Lorsque l'on pense à l'enseignement de l'anglais médical, les enseignants doivent être conscients de ces aspects de la langue anglaise afin de guider les étudiants vers une compréhension efficace. Tous ces éléments sont utiles pour la compréhension d'articles de recherche, mais ces caractéristiques linguistiques de l'anglais médical sont également présentes dans des conversations.

1.3.3. Le lexique médical

Pour compléter sa définition du genre spécialisé, Swales explique que les communautés discursives partagent un lexique spécialisé « discourse communities […] acquired specific lexis » (1990, p.26). Le jargon médical est très particulier puisqu'il utilise des termes spécialisés qui paraissent très complexes à quiconque n'est pas spécialiste du domaine. L'origine de la langue médicale est le grec ancien, à l'époque d'Hippocrate, et l'héritage grec des termes médicaux est encore important de nos jours pour décrire des symptômes comme la diarrhée ou la dyspnée. Il faut attendre le Ier siècle pour que Aulus Cornelius Celsus, un notable romain, écrive *De Medicina* et commence à traduire les termes grecs en proposant des équivalents latins (Wulff, 2004 ; Faure, 2010). Des exemples de ce type de lexique ont été trouvés dans les articles mentionnés précédemment : le terme *atherosclerosis*, qui signifie le durcissement des artères, a des origines latines et grecques : *athero* vient du grec *atheroma* qui est en lien avec ce qui se trouve à l'intérieur et *sclerosis* est un terme latin lui-même dérivé du grec *sklerosis* signifiant le durcissement. *Albuminuria* est dérivé du latin *albumen* qui fait référence à la blancheur et au latin *urina* qui signifie urine. Enfin, *dysuria* est composé du préfixe *dys-* qui signifie difficile en grec et de *uria* qui est le grec pour urine. Ainsi, de nombreux termes médicaux viennent du grec et du latin (Stedman, 2001).

L'orthographe des termes lexicaux est un point qui mérite également d'être discuté. Tout comme dans d'autres champs lexicaux, il existe des différences orthographiques selon que l'on choisisse d'opter pour la version britannique ou américaine. Par exemple, *diarrhoea* en anglais britannique s'écrit *diarrhea* en anglais américain, ou encore *glycaemia* en anglais britannique qui donne *glycemia* en anglais américain. Ceci fait partie du discours médical et devrait être inclus dans la liste de ses caractéristiques. Ceci devrait également être explicité aux étudiants puisqu'ils peuvent être amenés à écrire des articles de recherche en anglais ; ils doivent donc être conscients de ces particularités lorsqu'ils soumettent leurs travaux pour publication.

Ainsi, l'anglais médical apparaît comme une variété de l'anglais de spécialité puisque toutes les caractéristiques utilisées pour définir l'anglais de spécialité apparaissent lorsque nous déconstruisons l'anglais médical : la langue (avec son lexique spécialisé), le genre et/ou le registre (représentés par les caractéristiques linguistiques), et la culture (partagée par sa communauté). Mais une distinction doit être faite au sein même de l'anglais médical à savoir la différence entre l'anglais médical à visée académique et l'anglais médical à visée professionnelle.

1.4. Visée académique v. visée professionnelle

L'anglais de spécialité à visée académique, de l'anglais *English for Academic Purposes* (EAP) se définit comme l'enseignement de l'anglais dans le contexte des études ; il s'agit alors d'une expression regroupant tous les aspects des pratiques communicatives éducatives telles que l'écriture ou la lecture d'articles (Hyland, 2006a). On lui oppose l'anglais de spécialité à visée professionnelle, qui a trait à la profession (Dudley-Evans & St John, 1998). Il en est de même pour l'anglais médical ; il existe alors l'anglais médical à visée académique qui fait partie intégrante des « primary medical studies » et l'anglais médical à visée professionnelle qui lui est en lien avec « professional requirements (consultation skills, conference presentation, etc.) » (Maher, 1986, p.115).

1.4.1. L'anglais médical à visée académique

Le premier point à soulever concernant l'anglais médical à visée académique se trouve évidemment dans son caractère obligatoire défini par les textes officiels concernant les études de médecine en France. Cependant, les facultés de médecine sont autonomes quant à la création de leur programme, ce qui explique que des différences existent entre elles, et ceci peut être rapidement compris en observant la différence du nombre d'heures d'anglais enseignées par année. Par le biais du groupe de travail Santé du GERAS, des données concernant les cours d'anglais dans 12 facultés de médecine françaises ont été collectées, et les disparités qui existent entre elles sont éloquentes. Seuls les enseignements obligatoires ont été pris en compte dans ces calculs. Seule une faculté propose des cours d'anglais en PACES, à raison de 15 heures par année. L'ensemble des UFR sondés dispensent des cours en DFGSM2 et 3, et une majorité d'entre eux en dispensent en DFASM1 et 2 (Figure 9). Également, puisque les textes officiels ne font pas mention du nombre d'heures d'enseignement de l'anglais, certains doyens ont décidé de limiter cet enseignement. Ainsi, le nombre d'heures varie grandement entre les UFR ; le maximum est dispensé à Toulouse avec 180 heures sur l'ensemble du cursus universitaire, quant au minimum, il se trouve à Bordeaux et Tours avec 30 heures (Figure 10).

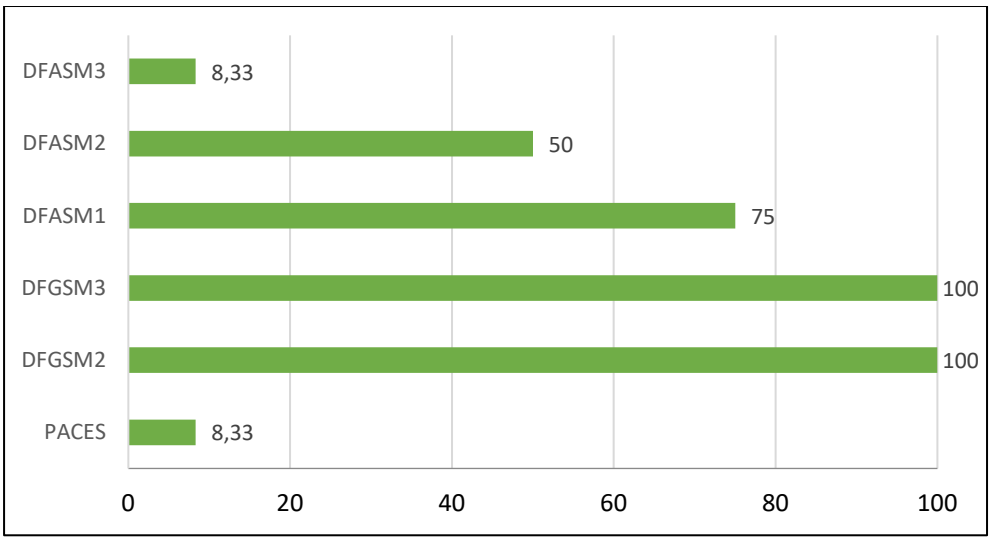


Figure 9 : Représentation des cours d'anglais obligatoires par année dans les facultés de médecine recensées (exprimée en %)

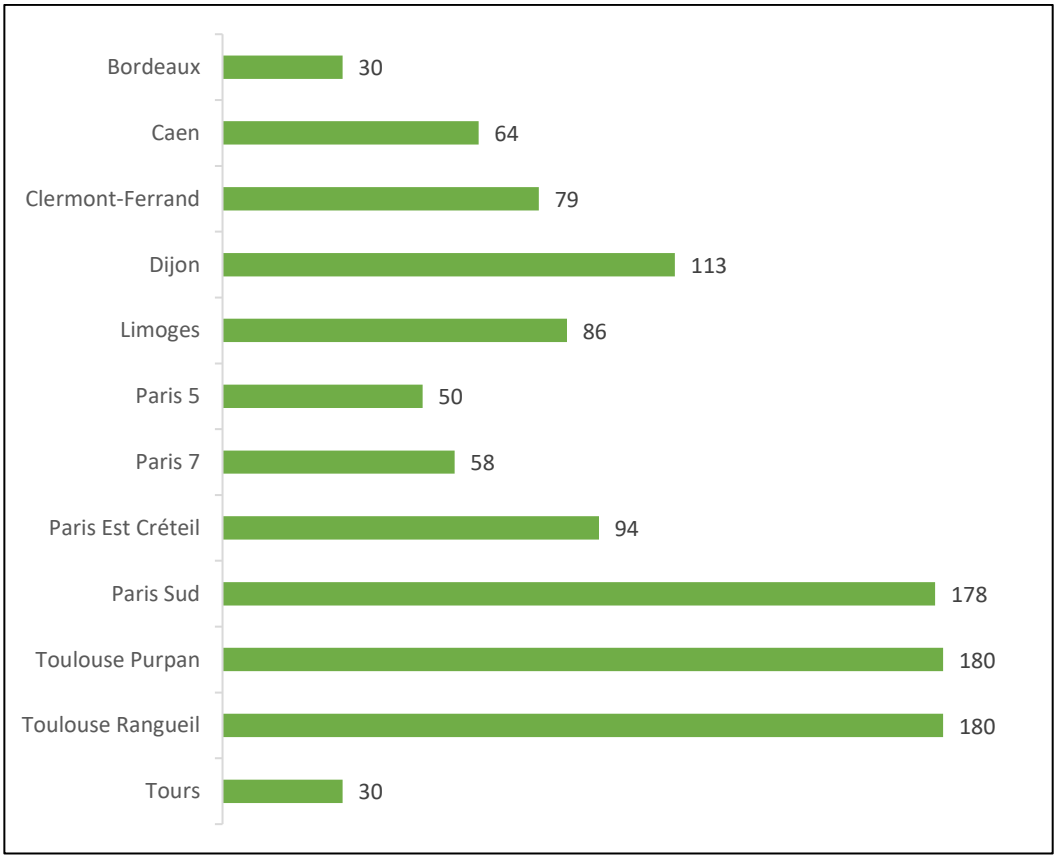


Figure 10 : Nombre d'heures d'anglais obligatoires dispensées sur l'ensemble du cursus universitaire par faculté de médecine recensées

À Dijon, les étudiants bénéficient de cours d'anglais chaque année : 15 heures obligatoires en PACES puis 25 heures chaque année en DFGSM 2 et 3 et en DFASM 1 et 2. Deux modules optionnels de 24 heures leur sont proposés en DFGSM 2 et 3, et un de 30 heures en DFASM 3. Comme toutes les autres matières enseignées à la faculté, l'anglais est évalué par le biais d'un examen écrit ou oral. Les programmes d'enseignement d'anglais médical ont été conçus par les enseignants d'anglais de l'UFR Sciences de Santé de Dijon avec un but : permettre aux étudiants de devenir autonomes afin de répondre aux besoins langagiers de leur future carrière. Le programme de chaque année est différent et cible un ou plusieurs aspects des spécificités de l'anglais médical.

Le programme d'anglais du premier cycle dijonnais (DFGSM) a été appelé Anglais pour la Médecine et il cherche à donner aux étudiants les bases d'acquisition de l'anglais médical. Pendant ces trois premières années, les étudiants acquièrent un large champ lexical en lien avec leur domaine d'étude et ils ont également la possibilité de réviser les bases grammaticales,

principalement en PACES et DFGSM2. Pour ce faire, les étudiants travaillent sur des articles médicaux de vulgarisation afin d'améliorer leur capacité à lire et à comprendre ce type de texte en anglais. Pour travailler la compréhension orale, les enseignants utilisent des reportages médicaux issus de journaux télévisés. Grâce à ces documents, les étudiants découvrent les caractéristiques linguistiques de l'anglais médical telles que les nombres, les unités de mesures ou la formation des adjectifs composés. Ces étudiants ont également la possibilité de suivre deux modules optionnels. Le premier s'appelle *consultation* et donne aux étudiants les clefs stratégiques pour mener une consultation complète en anglais, en passant de l'interrogatoire du patient à l'explicitation du diagnostic. La seconde option, qui s'appelle *mobility*, et qui n'a pas vocation à enseigner l'anglais médical, aide les étudiants à préparer un séjour à l'étranger dans le cadre de leurs études ; ils apprennent à rédiger leur CV, à faire une demande de visa ou encore à trouver un logement. Ils découvrent également les différents systèmes de santé dans le monde ; les pays étudiés sont en lien avec le choix de destination des étudiants.

Lors du second cycle (DFASM), le centre d'intérêt change et le programme a été appelé Médecine en Anglais. En DFASM 1 et 2, les étudiants suivent des cours d'anglais qui sont fondamentalement différents de ce à quoi ils étaient habitués jusque-là. Ces cours sont appelées Apprentissage au Raisonnement Clinique (ARC) et sont dispensés par un enseignant d'anglais accompagné d'un professionnel de santé (Carnet & Charpy, 2017). Un étudiant joue le rôle d'un patient venant consulter un spécialiste pour un problème de santé précis. Les autres étudiants jouent le rôle du spécialiste et interrogent le patient pour mener une consultation complète (de l'interrogatoire au diagnostic et traitement). Lors de ces cours, l'enseignant d'anglais aide les étudiants à utiliser la langue de manière adéquate, tandis que le professionnel de santé veille à la justesse des faits médicaux. Enfin, en DFASM 3, les étudiants ont la possibilité de suivre un module optionnel sous forme de semaine intensive, qui a pour but de développer leurs compétences en termes de communication professionnelle, ce qui s'avère très utile pour ceux qui se rendront à des congrès internationaux.

Il faut également rappeler que les étudiants de médecine ont besoin de cours d'anglais pendant leur cursus pour réussir leur concours de sixième année (ECNi), et plus particulièrement l'épreuve de LCA (cf. Introduction générale). Ainsi, aider les étudiants à maîtriser la langue anglaise en lien avec leur discipline devrait leur garantir le succès dans leur cursus universitaire. Mais limiter l'anglais médical à visée académique aux examens serait une erreur puisque ce type d'exercice est également utile aux étudiants souhaitant poursuivre une carrière académique et devenir professeur de médecine ou chercheurs (cf. Introduction générale).

1.4.2. L'anglais médical à visée professionnelle

Dudley-Evans et St John ont opposé la visée académique à la visée professionnelle en définissant cette dernière comme étant « occupational (professional) purposes […] designed for practicing doctors » (1998, p.7). Le premier élément à prendre en considération est de vérifier si les professionnels de santé ont besoin de l'anglais dans l'exercice de leur fonction.

Puisque l'anglais est la langue internationale de la médecine, il est compréhensible que les publications majeures se fassent en anglais, et ceci se vérifie avec les revues médicales. Même si certaines sont publiées en d'autres langues (Vinther & Rosenberg, 2012), celles qui ont le plus d'influence sont publiées en anglais tels que *The Lancet* pour la Grande Bretagne ou *The New England Journal of Medicine* pour les États-Unis. Par conséquent, si un professionnel de santé veut publier un article dans une revue reconnue à l'échelle internationale, ou s'il veut élargir ses connaissances dans un domaine spécifique, ou encore se familiariser avec de nouvelles thérapies, il a besoin de maîtriser l'anglais.

Un questionnaire a été envoyé aux professionnels de santé du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) François Mitterrand de Dijon afin de connaître leurs besoins en anglais, l'utilisation qu'ils font de cette langue, et la fréquence à laquelle ils y sont confrontés (Annexe 4). Le nombre de réponses reçues n'est pas celui escompté (43 réponses), mais les résultats peuvent servir à envisager

les besoins potentiels des médecins français en anglais. De plus, ce questionnaire a été envoyé uniquement au personnel d'un hôpital universitaire, et il semblerait nécessaire, dans une future recherche, de faire de même auprès d'un public plus large incluant les médecins généralistes, les kinésithérapeutes, les infirmières diplômées d'État, ce qui permettrait d'affiner nos résultats.

Le questionnaire a été créé grâce à une Google Form® puis envoyé au personnel hospitalo-universitaire par le biais du secrétariat du Doyen de l'UFR Sciences de Santé de Dijon[3]. Les hospitalo-universitaires ont eu accès au questionnaire pendant dix jours. Il comprenait 15 questions qui correspondent aux différents points que nous souhaitions étudier : le statut professionnel et la spécialité médicale des participants, puis des questions plus générales concernant la fréquence de confrontation à la langue anglaise, et plus précisément la confrontation écrite par le biais de la lecture, la confrontation auditive, la confrontation orale par le biais de la parole et enfin la confrontation à des patients étrangers. Les 15 questions étaient présentées de la manière suivante :

1) Statut professionnel (choix : PU-PH, MCU-PH, AHU, CCA, autre à compléter manuellement)
2) Spécialité médicale (réponse ouverte)
3) À quelle fréquence êtes-vous confronté à la langue anglais ? (choix : confrontation quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle, semestrielle)
4) Lisez-vous en anglais ? (choix : oui, non)
5) Si oui, à quelle fréquence ? (choix : quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle, semestrielle)
6) Si oui, que lisez-vous ? (choix : revue médicale, autre à compléter manuellement)
7) Écoutez-vous de l'anglais ? (choix : oui, non)
8) Si oui, à quelle fréquence ? (choix : quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle, semestrielle)

[3] Comme indiqué dans l'Introduction générale, la méthodologie des questionnaires est détaillée dans la deuxième partie de cette thèse. Nous avons décidé de présenter uniquement les résultats des différents questionnaires dans la première partie puisqu'ils permettent d'éclairer notre réflexion.

9) Si oui, quel type d'anglais écoutez/entendez-vous ? (choix : communication professionnelle en congrès, TV/films, discussion non professionnelle avec des anglophones, radio/podcast)
10) Êtes-vous amené à parler anglais ? (choix : oui, non)
11) Si oui, à quelle fréquence ? (choix : quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle, semestrielle)
12) Si oui, dans quel contexte ? (choix : en congrès avec des collègues, en congrès lors d'une communication scientifique, dans votre pratique professionnelle, dans votre vie privée, lors de cours à la faculté (formation initiale, continue)
13) Avez-vous déjà été confronté à un patient ne parlant pas français/votre langue maternelle ? (choix : oui, non)
14) Si oui, à quelle fréquence ? (choix : quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, trimestrielle, semestrielle)
15) Si oui, dans quelle langue avez-vous communiqué ? (choix : français, langue maternelle hors français, anglais, autre à compléter manuellement)

Parmi les réponses, cinq statuts professionnels (Q1[4] : PU-PH, MCU-PH, AHU, CCA, MCF) et trente spécialités médicales sont représentés (Q2 : biologie médicale, biophysique, cardiologie, chirurgie, chirurgie digestive, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, chirurgie vasculaire, dermatologie, endocrinologie, génétique, gériatrie, gynécologie-obstétrique, hématologie, hépato-gastroentérologie, histologie, imagerie médicale, infectiologie, médecine générale, médecine interne, médecine légale, médecine physique et de réadaptation, neurochirurgie, nutrition, oncologie, pédiatrie, physiologie, pneumologie, psychiatrie, rhumatologie, urgences) ce qui permet de juger les réponses sur un panel hétérogène.

Concernant la fréquence de confrontation à l'anglais (Q3), 65,1 % des participants admettent y être confrontés quotidiennement et 27,9 % chaque semaine (Figure 11). Ces résultats peuvent cependant être biaisés par le fait que

[4] Q*x* correspond à la question numéro *x* du questionnaire

seuls les professionnels ayant besoin de l'anglais aient répondu à ce questionnaire.

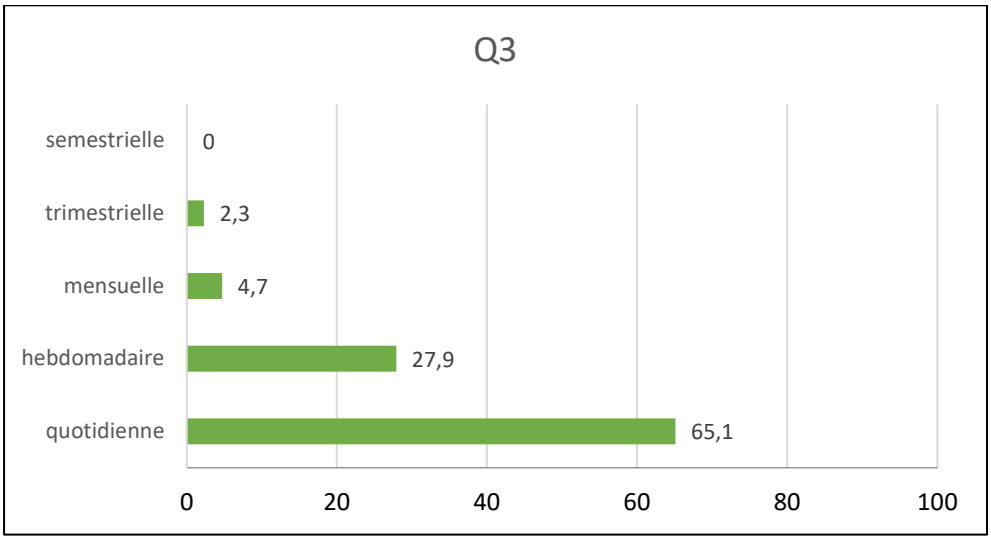
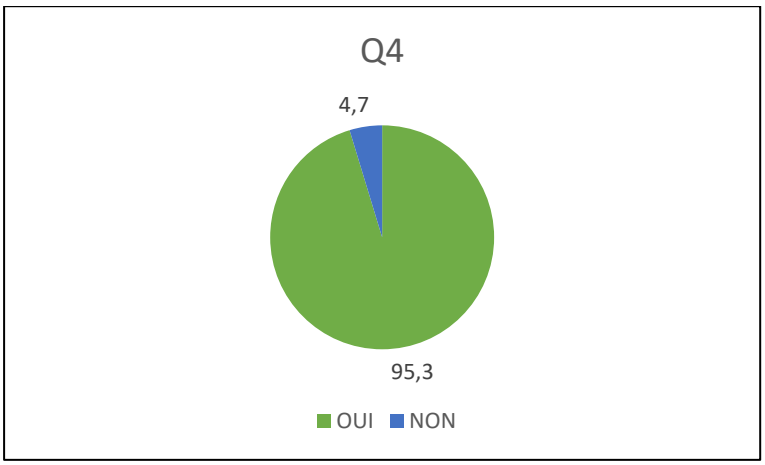


Figure 11 : Fréquence de confrontation avec l'anglais des professionnels de santé interrogés (réponses exprimées en %)

Concernant la lecture (Figure 12), 95,3 % des répondants disent lire en anglais, 69 % d'entre eux tous les jours et 28,6 % chaque semaine (Q5). Presque tous (97,6 %) ont répondu qu'ils lisent principalement des revues médicales (Q6). Par conséquent, il est possible de rattacher la lecture d'articles de recherche à l'anglais médical à visée professionnelle, puisque cela fait partie des pratiques des professionnels de santé.



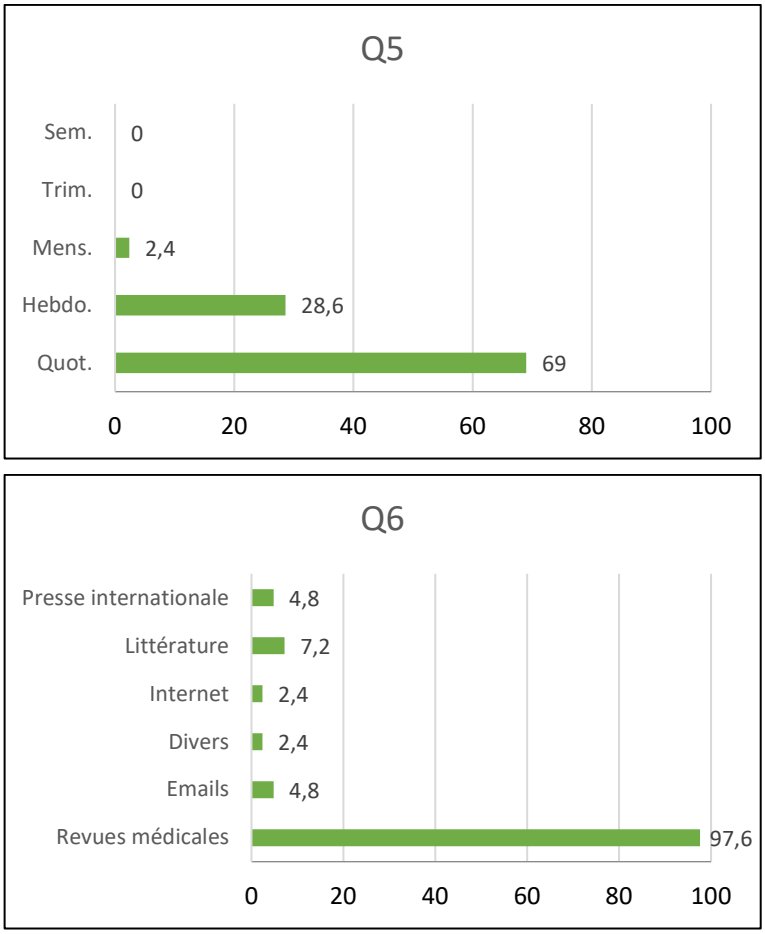


Figure 12 : Lecture en anglais des professionnels de santé interrogés (réponses exprimées en %)

Les professionnels de santé ont besoin de maîtriser d'autres compétences, comme la compréhension orale (Q7). Les réponses la concernant sont plus variées (Figure 13) ; les médecins y sont majoritairement confrontés (81,4 %), mais les fréquences sont variables : 36,1 % entendent/écoutent de l'anglais tous les jours, 25 % chaque semaine et 19,4 % tous les mois (Q8). Ils entendent de l'anglais dans diverses situations, telles que regarder la télévision (61,1 %) ou parler avec des étrangers (38,9 %). Mais la situation la plus fréquente reste lors de congrès (83,3 %) (Q9).

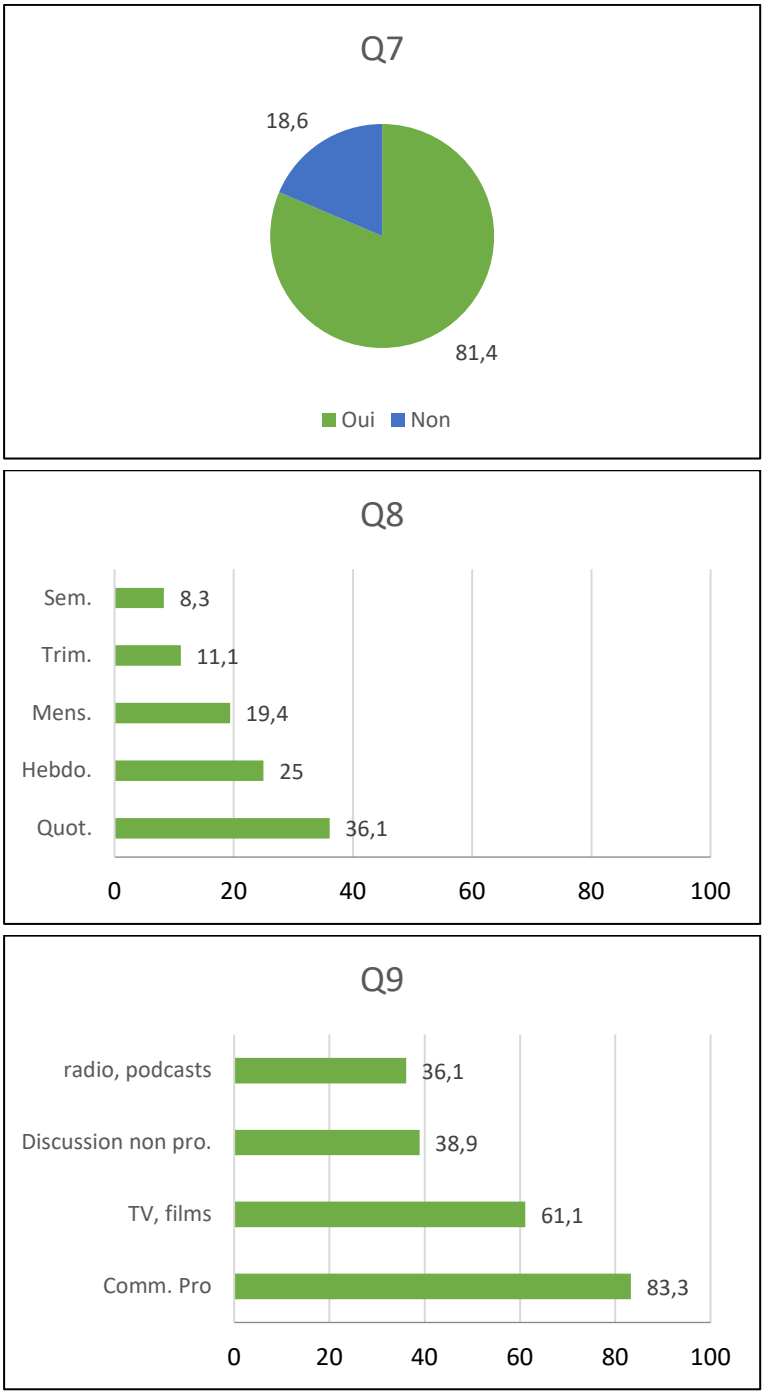


Figure 13 : Confrontation auditive à l'anglais des professionnels de santé interrogés (réponses exprimées en %)

Il faut garder à l'esprit que les médecins qui ont répondu à ce questionnaire se rendent régulièrement à des congrès internationaux lors desquels les conférences sont données en anglais. Également, l'auditoire pose des questions et interagit avec l'intervenant. Par conséquent, un deuxième type de compétence entre en

jeu ; il s'agit de l'expression orale (Figure 14) : 90,7 % ont expliqué parler l'anglais (Q10).

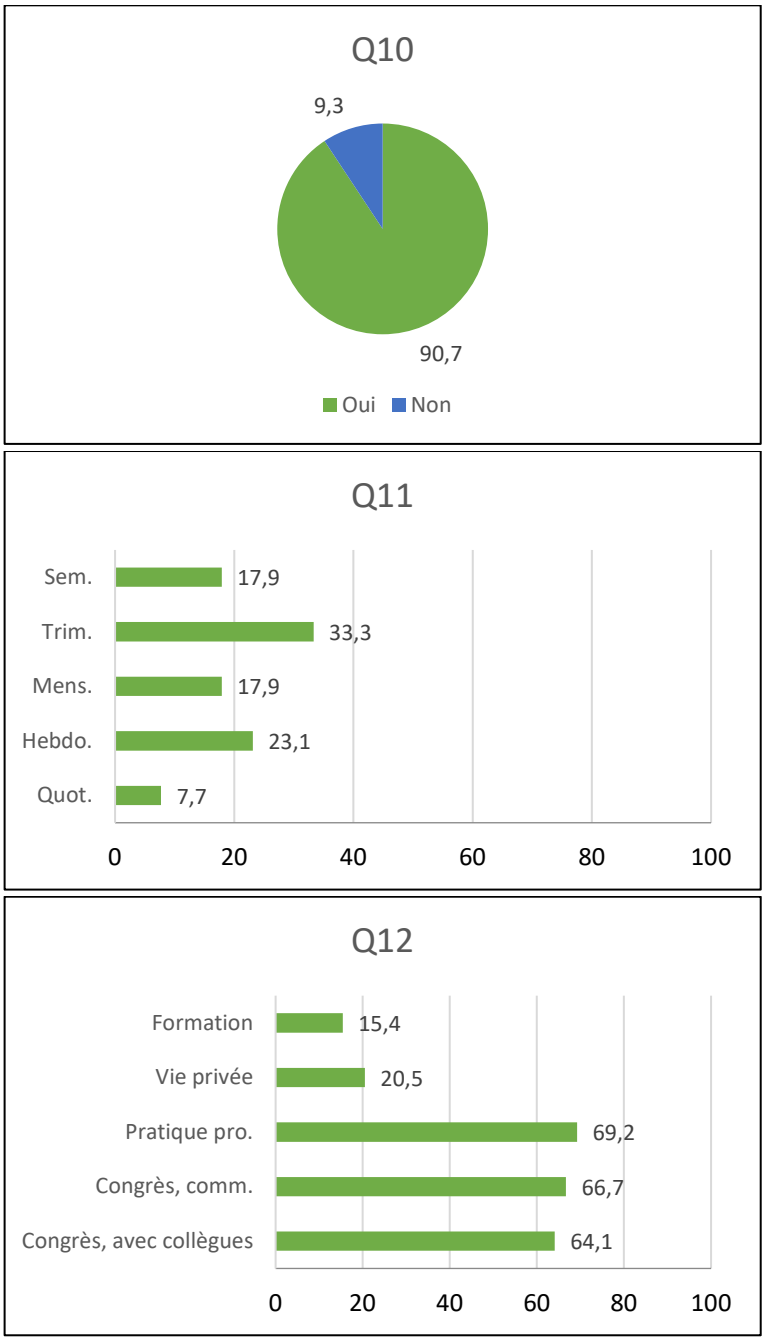
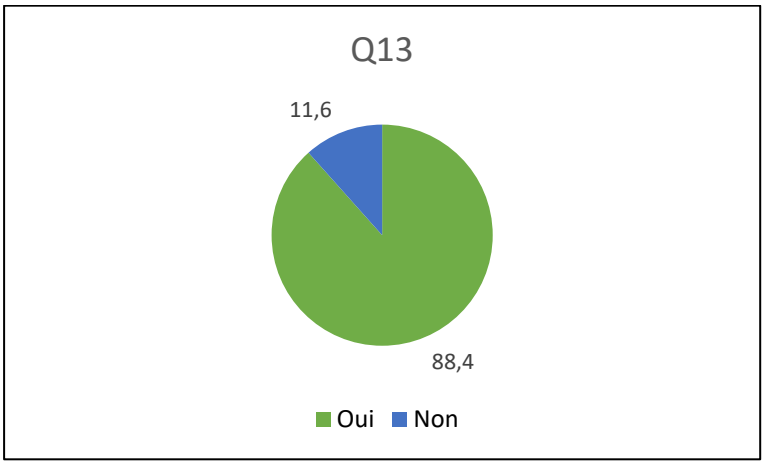


Figure 14 : Utilisation orale de l'anglais par les professionnels de santé interrogés (réponses exprimées en %)

Encore une fois, la fréquence est variable : seuls 7,7 % parlent anglais au quotidien, la majorité utilise l'anglais pour communiquer à l'oral de manière trimestrielle (Q11). Les situations dans lesquelles les professionnels sont les plus à même de parler en anglais sont la participation à des congrès et pour leur

pratique professionnelle : 64,1 % parlent anglais avec des collègues lors de congrès, 66,7 % font une communication en anglais lors de congrès et 69,2 % utilisent l'anglais oral dans leur pratique (Q12). Ainsi, les congrès font partie de l'anglais médical à visée professionnelle : les professionnels de santé interrogés ont besoin de l'anglais pour y communiquer.

Il est nécessaire de présenter une dernière situation dans laquelle les professionnels de santé ont besoin de parler ou de comprendre l'anglais (Q13) : une majorité des professionnels de santé qui ont répondu à ce questionnaire admettent avoir déjà été confrontés à un patient étranger qui ne parlait pas ou ne comprenait pas le français (88,4 %), voire même pour certains, être confrontés à cette situation chaque semaine (9,3 %) (Figure 15). Presque tous choisissent alors l'anglais pour communiquer (88,4 %) (Q15). Même si ces situations ne sont pas fréquentes, elles font parties de la réalité professionnelle des médecins (Q14). La fréquence de telles situations dépend principalement de la spécialité du professionnel de santé : un dermatologue ne rencontre pas des patients étrangers aussi souvent qu'un urgentiste. De plus, la localisation géographique des services hospitaliers joue également un rôle dans ce contexte puisqu'il y aura davantage de patients étrangers dans des lieux hautement touristiques ou à forte population étrangère. Par conséquent, selon leur spécialité, les médecins ont besoin de savoir mener une consultation en anglais à bien puisqu'ils peuvent être confrontés à des patients étrangers ; ceci fait également partie de l'anglais médical à visée professionnelle.



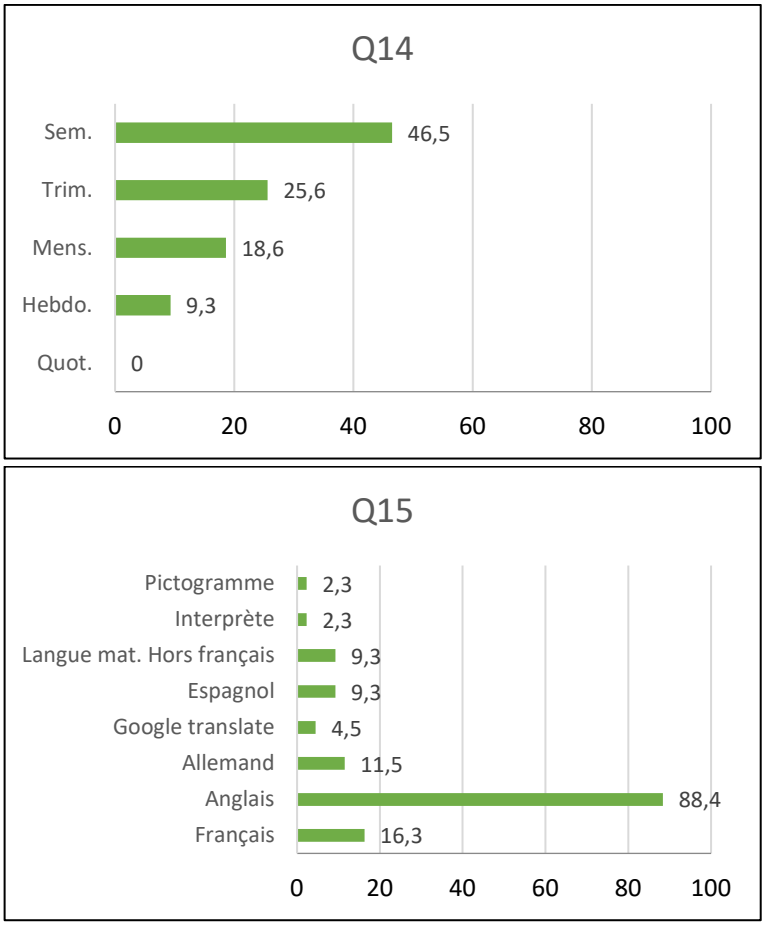


Figure 15 : Confrontation avec des patients étrangers des professionnels de santé interrogés (réponses exprimées en %)

1.5. Tentative de définition des besoins des étudiants par le terrain

Les étudiants sont au centre de cette étude, il est alors important de connaître leurs attentes concernant l'anglais médical. Il faut bien sûr préciser que leurs représentations ne sont pas forcément en adéquation avec la réalité. Ainsi, les résultats obtenus grâce à un questionnaire soumis aux étudiants de médecine de Dijon (Annexe 5) sont comparés à ceux d'un autre questionnaire soumis à des enseignants d'anglais médical à l'échelle nationale (Annexe 6).

Lors du dernier cours d'anglais de l'année 2015-16, le même questionnaire a été distribué aux étudiants de médecine dijonnais, de la DFGSM2 à la DFASM2 ; 143 réponses ont été obtenues (34 DFGSM2, 30 DFGSM3, 42 DFASM1 et 37 DFASM2). En raison des concours, les étudiants de PACES et DFASM3 ont été exclus.

Le questionnaire au format Google Form® destiné aux enseignants a été transmis par courriel aux membres du groupe de travail Santé du GERAS ; seules 12 réponses ont été obtenues sur les 44 courriels envoyés. Les résultats ne sont donc pas représentatifs au niveau national, mais permettent néanmoins de faire un parallèle entre les besoins exprimés par les étudiants et par les enseignants. Ce questionnaire comprend quatre questions, dont trois ouvertes. Le faible taux de réponses peut s'expliquer par le manque de clarté des questions ou par le manque de temps des collègues pour répondre ; en effet, le questionnaire a été envoyé en mai (2016), période chargée pour les enseignants du supérieur. L'objectif de ces questionnaires était néanmoins de clarifier certains points et de comparer les attentes des étudiants en matière d'anglais médical avec celles des enseignants.

Tout d'abord, la majorité des étudiants a appris l'anglais en première langue vivante étrangère (Annexe 5, Q3), ce qui signifie qu'ils l'ont appris pendant au moins sept ans avant de rentrer en faculté de médecine et que les bases qu'ils ont acquis au cours de leur scolarité sont censées être solides (Figure 16). Pourtant, en leur demandant d'autoévaluer leur niveau d'anglais (Annexe 5, Q4), la majorité des étudiants pensent qu'ils ont un niveau moyen (Figure 17). Il leur était demandé d'évaluer leur niveau d'anglais sur une échelle de 1 (faible) à 5 (excellent) : dans les quatre années d'étude confondues, la majorité des étudiants estime avoir un niveau d'anglais moyen (64,7 % en DFGSM2, 63,3 % en DFGSM3, 54,7 % en DFASM1 et 59,5 % en DFASM2).

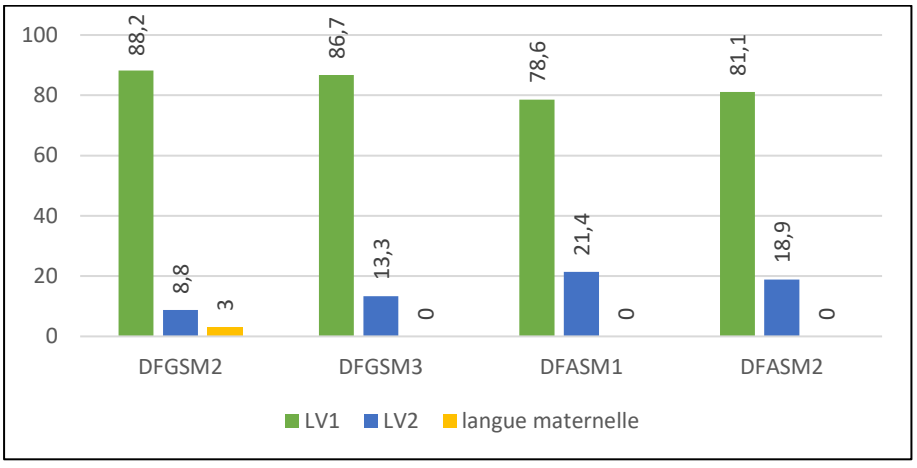


Figure 16 : Apprentissage de l'anglais dans le secondaire des étudiants de médecine sondés (résultats exprimés en %)

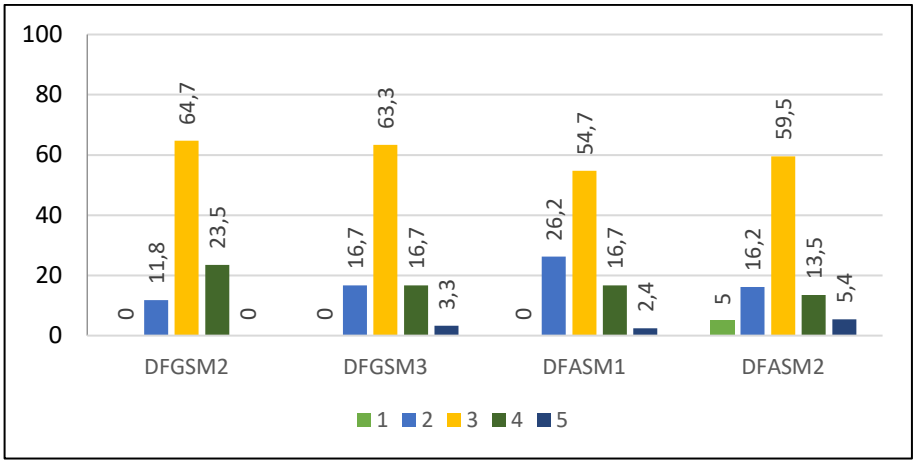


Figure 17 : Autoévaluation du niveau d'anglais par les étudiants de médecine sondés (résultats exprimés en %)

Ensuite, en leur demandant s'ils souhaitaient devenir médecin généraliste ou spécialiste (Annexe 5, Q2), une vision plus précise de leurs besoins futurs en termes d'anglais médical a été obtenue. À partir des réponses, il semble que la majorité des étudiants souhaite devenir spécialiste (Figure 18) : ils sont 76,5 % en DFGSM2, 66,7 % en DFGSM3, 47,7 % en DFASM1 et 51,3 % en DFASM2. Ceux-ci devront donc avoir une bonne maîtrise de l'anglais dans le futur, que ce soit pour des besoins professionnels ou académiques (cf.1.4).

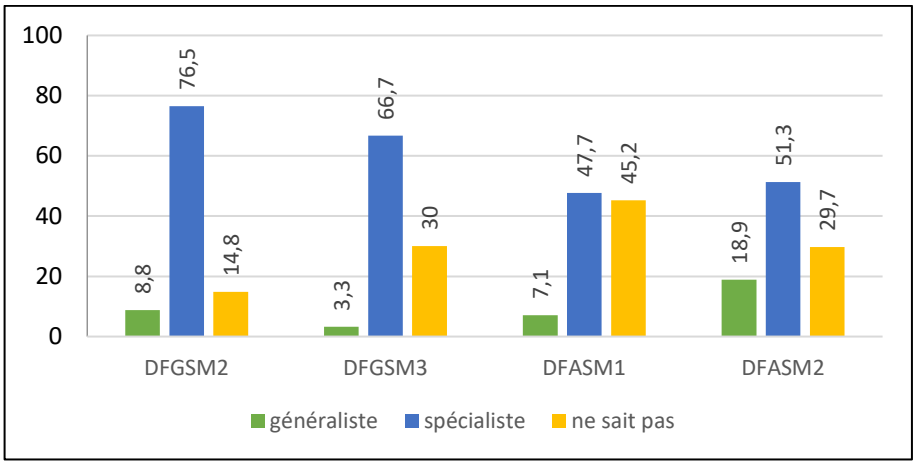


Figure 18 : Objectif professionnel des étudiants de médecine sondés (résultats exprimés en %)

Il semblait également important de connaitre leur opinion concernant leurs besoins en anglais, afin de vérifier si leurs attentes sont en adéquation avec leur future profession. Pour évaluer ceci, il leur a tout d'abord été demandé si l'anglais enseigné en faculté de médecine devait être général, médical ou les

deux (Annexe 5, Q5) : la majorité des étudiants affirme que l'anglais enseigné doit être à la fois général et médical, même si certains d'entre eux déclarent qu'il devrait être uniquement médical (Figure 19). En posant la même question aux enseignants (Annexe 6, Q2), les résultats obtenus sont similaires (Figure 20).

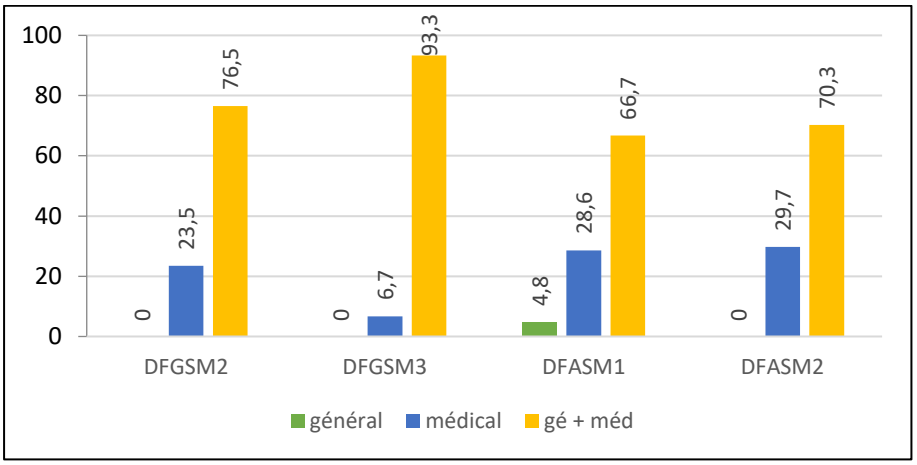


Figure 19 : Opinion des étudiants de médecine sondés concernant le type d'anglais à enseigner (résultats exprimés en %)

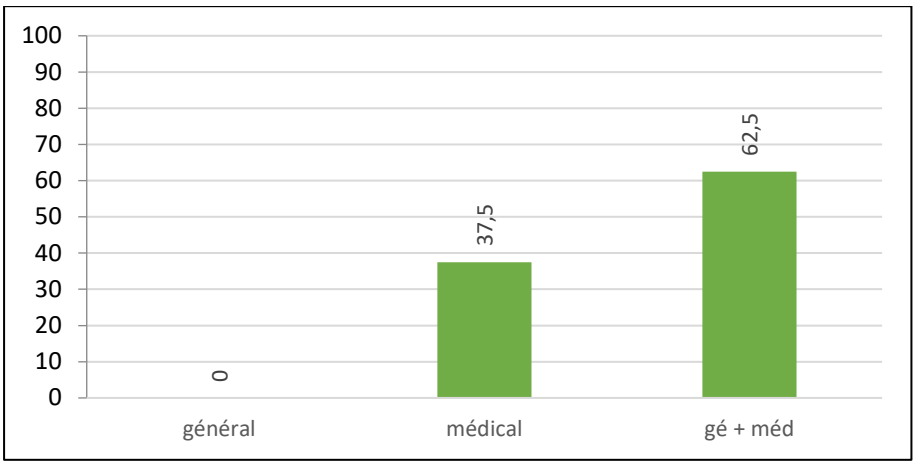


Figure 20 : Opinion des enseignants concernant le type d'anglais à enseigner (résultats exprimés en %)

Il était ensuite demandé aux étudiants de sélectionner leurs besoins en anglais parmi les cinq compétences langagières : interaction, expression écrite et orale et compréhension écrite et orale (Annexe 5, Q7). Les réponses obtenues (Figure 21) ont ensuite été comparées avec celles des enseignants (Annexe 6, Q4) (Figure 22) et les besoins tels qu'exprimés par les médecins (cf.1.4.2) : les étudiants savent qu'il leur faut maîtriser l'oral (expression, compréhension et interaction) pour leur future pratique, que ce soit pour les congrès ou lorsqu'ils

se retrouvent confrontés à des patients étrangers. Une autre raison pouvant expliquer que l'expression et la compréhension écrites se retrouvent en dernière position vient du fait que la compréhension écrite d'articles scientifiques ne leur apparaît pas comme un exercice difficile, puisqu'ils sont bien entrainés à se concentrer sur certains aspects linguistiques et sont donc à même d'utiliser des outils leur permettant d'avoir un accès rapide au sens. Cependant, l'opinion des enseignants est différent sur ce point ; en effet, ces derniers pensent que les étudiants doivent maîtriser la compréhension écrite (Figure 22). Ceci s'explique simplement par l'importance de la compréhension d'articles de recherche pour leur réussite au concours des ECNi.

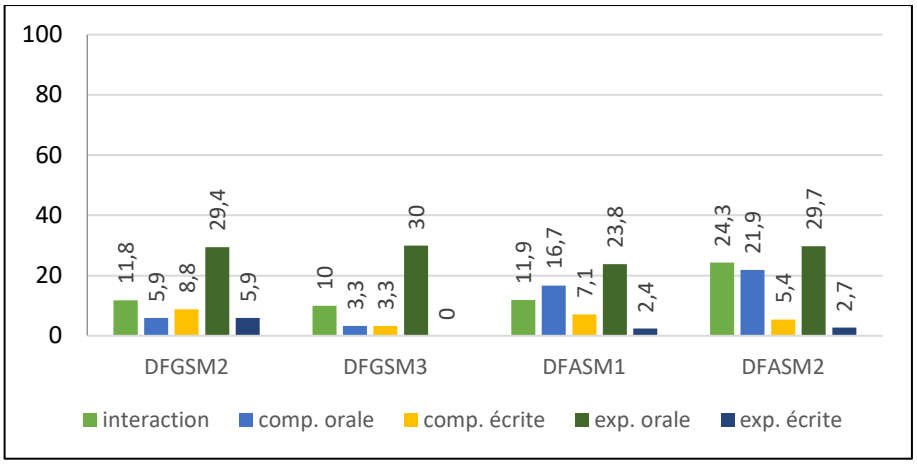


Figure 21 : Évaluation des besoins dans les cinq compétences langagières (point de vue étudiant - résultats exprimés en %)

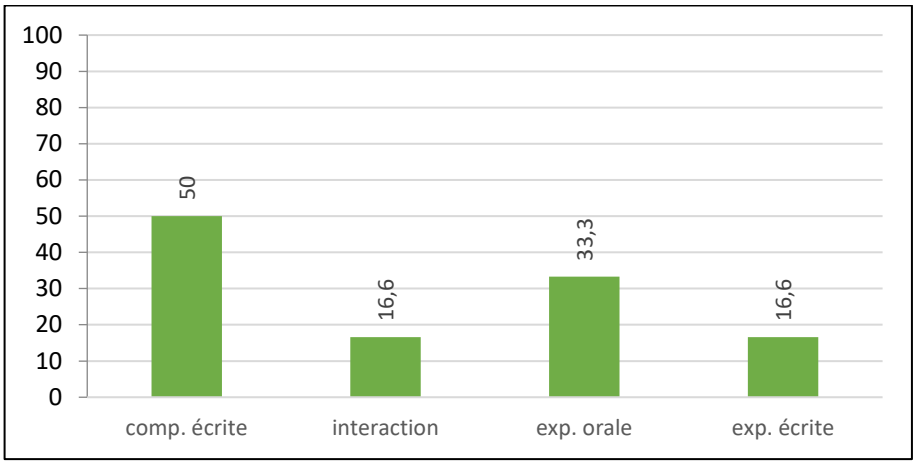


Figure 22 : Évaluation des besoins dans les cinq compétences langagières (point de vue enseignant – résultats exprimés en %)

La question 6 (Annexe 5) cherchait à connaître les points essentiels devant être maîtrisés lors de l'apprentissage de l'anglais médical. Cette question était ouverte, et très peu d'étudiants y ont répondu ; mais parmi les réponses, seuls des besoins en lien avec les savoir-faire linguistiques ont été mentionnés (Figure 23). Ainsi, ils déclarent que le lexique médical est très important pour eux, suivi par la grammaire et la prononciation. Le fait qu'ils classent le vocabulaire en premier s'explique par la complexité du lexique médical et par le fait que sa maîtrise est obligatoire pour assurer une bonne communication. Les enseignants accordent également une place importante à l'apprentissage du lexique spécialisé (Figure 24). Mais pour la même question, ils incluent la culture professionnelle et le fait de savoir mener une consultation en anglais.

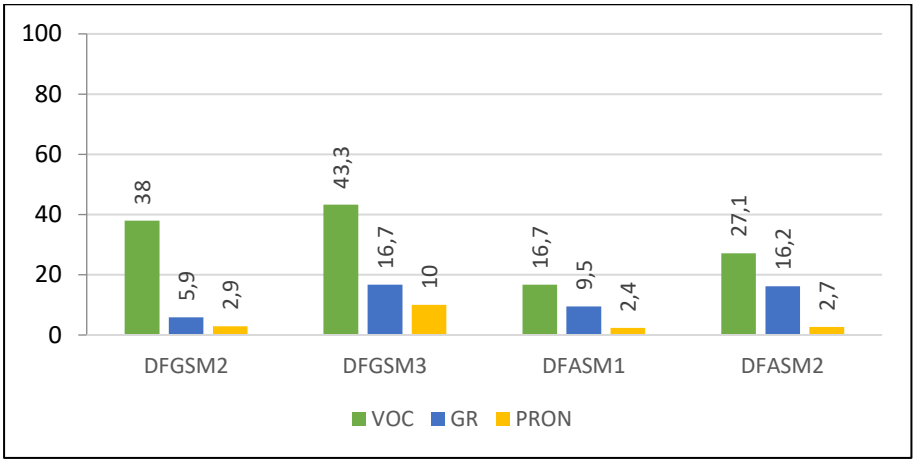


Figure 23 : Points essentiels à maîtriser (opinion des étudiants – résultats exprimés en %)

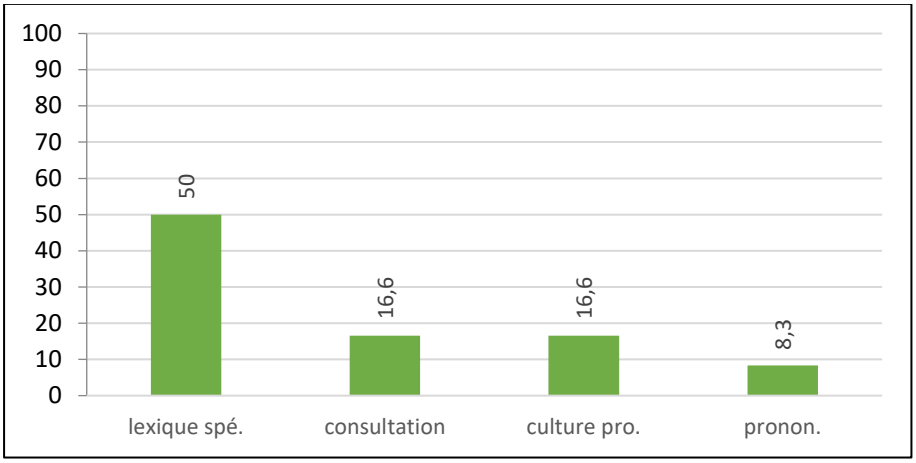


Figure 24 : Points essentiels à maîtriser (opinion des enseignants – résultats exprimés en %)

Après s'être concentré sur leurs besoins, la motivation des étudiants concernant l'apprentissage de l'anglais a été questionné (Annexe 5, Q8). Les résultats obtenus sont différents entre les étudiants de DFGSM2 et de DFASM1 et les autres promotions (Figure 25) et cela se justifie de la manière suivante : à la fin de la DFASM1, les étudiants ont l'opportunité de partir à l'étranger effectuer un stage hospitalier et ils sont très motivés par ce projet. Concernant les DFGSM2, il est nécessaire d'évoquer à nouveau les deux modules optionnels proposés à ces étudiants à Dijon. Ceux qui suivent ces modules sont très motivés par un possible départ à l'étranger pour effectuer un stage, d'où cette différence dans les résultats. Néanmoins, il est important de noter que la communication apparaît comme étant la source principale de motivation. Une fois de plus, ceci est compréhensible puisque la plupart des étudiants veulent devenir spécialiste et que leur besoin de communiquer en anglais est grand.

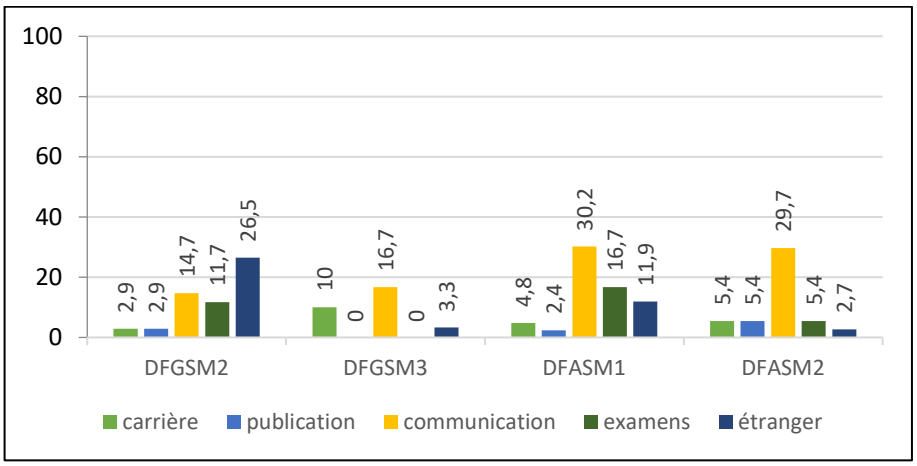


Figure 25 : Motivation des étudiants pour l'apprentissage de l'anglais (résultats exprimés en %)

Il leur a également été demandé comment les enseignants d'anglais pouvaient les motiver davantage (Annexe 5, Q9). Afin de ne pas biaiser leur réponse, cette question étaient rédigée sous forme de question ouverte, laissant libre cours à leurs opinions. Il semble que les étudiants souhaitent travailler davantage en interaction par le biais de mise en situation (Figure 26) car la communication est au centre de leurs intérêts.

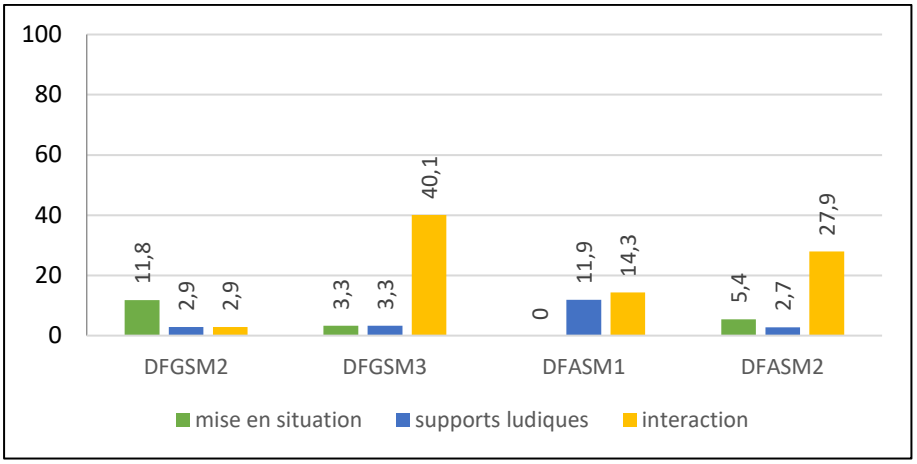


Figure 26 : Suggestions des étudiants sondés pour accroître leur motivation (résultats exprimés en %)

Le troisième point suggéré par les étudiants concerne les documents utilisés par l'enseignant : certains estiment que si ces supports étaient plus ludiques, leur motivation grandirait. Pourtant, au regard des réponses apportés par les enseignants (Annexe 6, Q5) (Figure 27), il semble que les supports pédagogiques sont variés et permettent de satisfaire tous les étudiants.

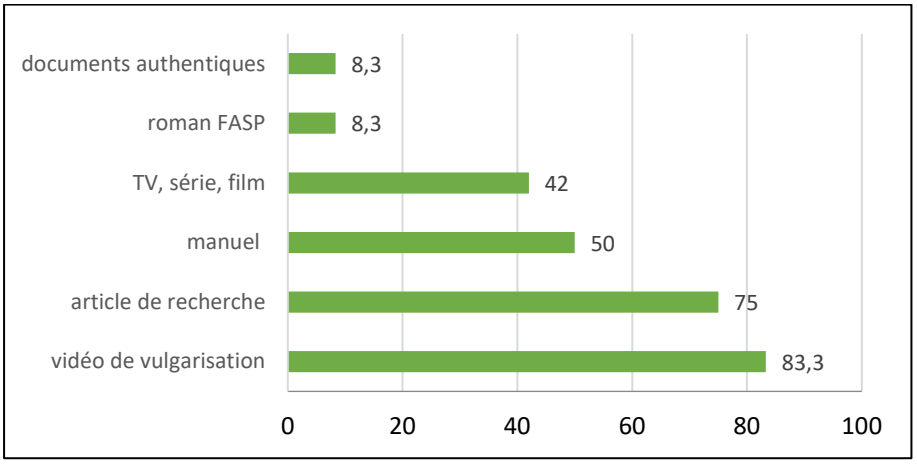


Figure 27 : Supports pédagogiques utilisés par les enseignants d'anglais (résultats exprimés en %)

Pour finir, les étudiants ont été interrogés sur leur expérience de confrontation avec des patients étrangers (Annexe 5, Q13). Il a été demandé aux étudiants de DFGSM2 de ne pas répondre à cette question étant donné qu'ils n'effectuent pas de stage à l'hôpital. Une majorité d'étudiants a admis avoir été en contact avec des patients étrangers au moins une fois lors de leurs stages à l'hôpital (Figure 28) : 70 % des DFGSM3, 40,5 % des DFASM1 et 97,3 % des DFASM2 ont déjà fait face à cette situation. Tout comme les professionnels de santé (Figure 15),

ils admettent que cette situation est rare et utilisent majoritairement l'anglais pour communiquer avec ces patients (Figure 29).

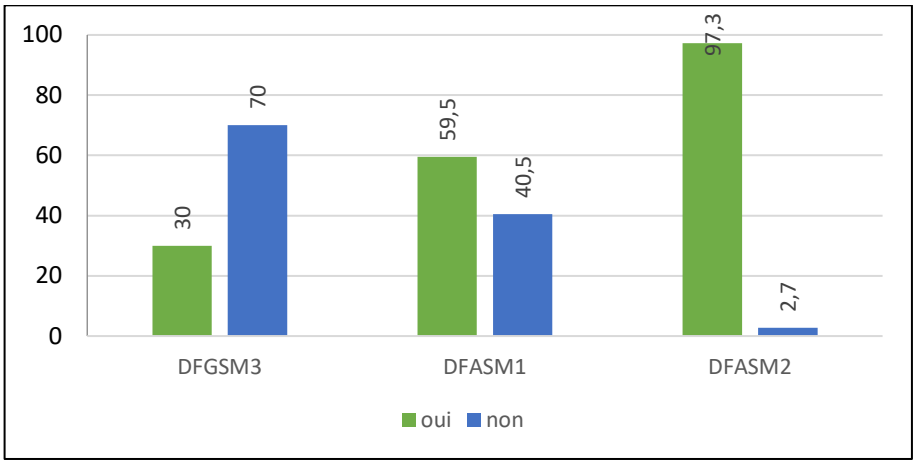


Figure 28 : Confrontation des étudiants sondés à des patients étrangers lors des stages à l'hôpital (résultats exprimés en %)

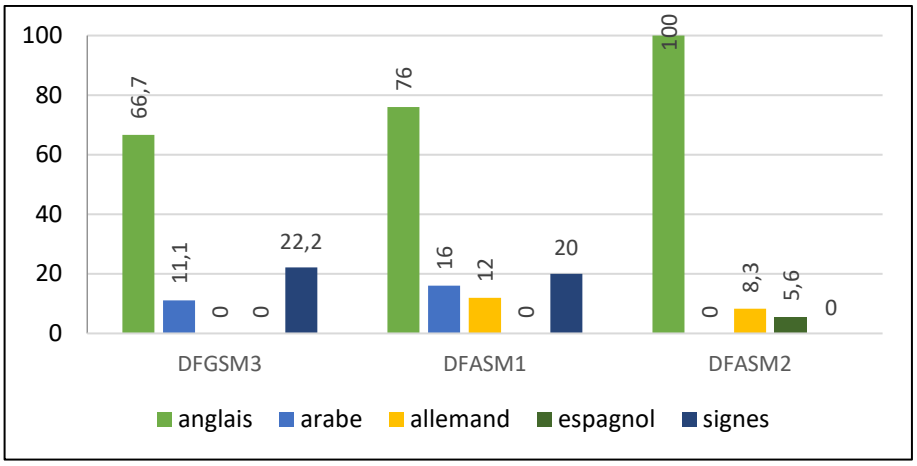


Figure 29 : Langue utilisée par les étudiants de médecine sondés pour communiquer avec les patients étrangers (résultats exprimés en %)

Par conséquent, les enseignants d'anglais leur donnent des outils nécessaires pour être capables de gérer ce genre de situation le plus tôt possible dans leurs études : puisque les étudiants et les médecins qualifiés ont besoin de l'anglais au cours de leurs consultations, une des priorités des enseignants d'anglais doit être d'aider les étudiants à devenir autonomes dans cette situation.

Ainsi, la distinction entre anglais médical à visée académique et anglais médical à visée professionnelle va permettre aux enseignants de prendre en compte ces deux aspects lorsqu'ils travaillent au développement de programmes et de cours. Les enseignants d'anglais en faculté de médecine font face à des étudiants qui ont besoin de l'anglais pour réussir leur cursus universitaire mais également pour

leur carrière professionnelle. En étant attentif à ces deux aspects, les enseignants vont approfondir leurs recherches d'objectifs et de documents à utiliser. Ces recherches devraient permettre aux enseignants de prévoir un programme d'enseignement mieux ciblé pour aider au mieux les étudiants. De plus, les besoins exprimés par les étudiants semblent être en corrélation avec ceux des médecins. Il est important de prendre en compte la perception des étudiants puisque cela va guider l'enseignant, mais également aider les étudiants à s'impliquer davantage dans leurs études :

> Discussion of perceived and/or actual needs among teachers and students can also raise the level of awareness of both parties as to why they are doing what they are doing (Long, 2005, p.26)

Synthèse

Nous nous sommes concentrés, dans ce chapitre, sur l'enseignement de l'anglais au sein des facultés de médecine. L'analyse de l'anglais médical en tant que variété de l'anglais de spécialité a permis de mettre en lumière ses caractéristiques linguistiques et culturelles, qui sont à prendre en compte lors de son enseignement. La nuance entre visée académique et visée professionnelle guide la définition d'objectifs dans le but de rendre cet enseignement de l'anglais médical plus pertinent. La comparaison faite entre les besoins des professionnels de santé et des étudiants de médecine concernant l'anglais semble davantage éclairer ces objectifs, en démontrant la nécessité de mettre en place un enseignement/apprentissage de la consultation médicale en anglais très tôt dans le cursus des étudiants, afin de les préparer à la réalité du terrain professionnel auquel ils se vouent. Puisque ce travail de recherche se concentre sur cette visée professionnelle de l'anglais médical, il est désormais nécessaire de définir les caractéristiques de la consultation.

CHAPITRE 2
LA CONSULTATION MÉDICALE

Malgré de nombreuses recherches, nous avons constaté qu'il existe un réel vide dans la littérature scientifique française concernant l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale et en ce sens, cette recherche se veut innovante. Les étudiants de médecine doivent apprendre à mener une consultation pour leur future pratique professionnelle et doivent en maîtriser l'aspect clinique, mais également l'aspect communicationnel et relationnel. Pawlikowska (2007) explique qu'une consultation est la rencontre entre un professionnel de santé et un patient[5], qui a lieu, la plupart du temps, lorsque le patient est malade. Dijon a été précurseur dans ce domaine puisque l'UFR Sciences de Santé a créé le module optionnel *Annonce ton diag* visant à faire prendre conscience aux étudiants de l'importance capitale de la communication pour la relation médecin-patient. Ce module est ouvert à tous les étudiants à partir de la DFGSM3 :

[5] La forme masculine du terme est employée pour faire référence à l'intégralité des patients, sans tenir compte de leur sexe.

> […] tout le monde parle de la médecine comme étant dans le futur une application de l'intelligence artificielle. L'ordinateur va savoir tout faire, l'ordinateur sait déjà mieux lire une radio que vous, et que moi, […], aujourd'hui l'ordinateur va être capable de faire des choses extraordinaires. Mais qui sont du domaine du technique. Et sûrement pas du relationnel. Et une dimension majeure de votre futur métier ça va être non pas de faire contre l'intelligence artificielle mais de faire avec. Et une des dimensions que l'intelligence artificielle saura probablement moins faire que vous, moins bien faire que vous, c'est la qualité relationnelle. La qualité avec laquelle vous entrerez en relation avec votre patient, et avec laquelle vous l'accompagnerez tout au long de sa vie. (Extrait du discours prononcé par le Professeur Huet lors de la séance d'ouverture du module *Annonce ton diag*, 21 mai 2019, UFR Sciences de Santé de Dijon)

Cependant, ce module s'appuie uniquement sur l'expérience professionnelle des participants et un questionnement informel auprès des divers intervenants en fin de séance a fait ressortir le manque de ressources scientifiques disponibles en France, confortant ainsi nos recherches personnelles. À l'inverse, les recherches dans le domaine de la communication pour la consultation sont très nombreuses dans la littérature anglophone. L'ouvrage qui sert de référence dans le monde médical anglophone est celui de Kurtz, Silvermann et Draper (2010), sur lequel nous nous appuyons largement.

L'objectif dans ce chapitre est d'analyser la consultation en tant qu'objet afin de faire ressortir les éléments à prendre en compte par l'enseignant d'anglais pour planifier son enseignement. Tout d'abord, ce chapitre s'ouvrira sur la manière de mener une consultation, puisque celle-ci a évolué avec le temps. Par la suite, la consultation sera déconstruite afin d'en faire ressortir les éléments clefs. Puis, l'éthique pour la pratique médicale sera définie. Ensuite, la communication pour la consultation médicale sera analysée sous le prisme de l'interculturalité. Enfin, la langue de la consultation sera étudiée dans le but d'en faire ressortir ses caractéristiques.

2.1. Évolution de la consultation médicale

Byrne et Long (1976) proposent un modèle qui indique les différentes étapes qu'une consultation doit suivre pour être efficace. Afin de créer ce modèle, ils ont utilisé les enregistrements de 2 000 consultations menées au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande dans les années 1970. L'analyse de ces enregistrements les amène à construire un modèle de consultation en six étapes essentielles :

- l'ouverture de l'entretien par le médecin ;
- le recueil d'informations concernant le problème amenant le patient ;
- l'examen physique ;
- le diagnostic ;
- le traitement ;
- la clôture de la consultation par le médecin.

Bien que ce modèle de consultation donne une place prépondérante au médecin, il est le premier à offrir une démarche formalisée et organisée de la consultation (Denness, 2013).

Le modèle Pendleton (Pendleton *et al.*, 1984) est né du travail collaboratif entre un psychologue et des médecins généralistes. Ce modèle propose une consultation en sept étapes impliquant à la fois le médecin et le patient (Tableau 6).

	RÔLE DU MÉDECIN	RÔLE DU PATIENT
1	Questionne sur la raison de la visite	Indique son état physique / émotionnel
2	Questionne sur les antécédents	
3	Choix du traitement	
4	Vérification de la compréhension du problème	
5	Implique le patient dans l'observance du traitement	
6	Prévention	
7	Création de la relation à long terme avec le patient	

Tableau 6 : Rôle du médecin et du patient selon le modèle Pendleton

Ce modèle de consultation semble plus centré sur le patient (*patient-centered clinical interviewing* – McWhinney, 1989) car il tente d'impliquer le patient dans les décisions qui sont prises par le médecin, mais aussi d'expliquer la part de responsabilité du patient face au problème de santé qui l'amène à consulter.

Le modèle de Neighbour (1987) suggère de suivre cinq étapes qui, selon lui, permettent de mener une consultation plus adaptée, intuitive et efficace. Il appelle la première étape *Connecting* lors de laquelle le médecin entre en contact avec le patient, ce qui l'amène à prendre en compte son point de vue. La deuxième étape, *Summarising*, est la phase de récapitulation par le médecin visant à vérifier qu'il a bien saisi l'intégralité du problème qui amène le patient à consulter ; si tel n'est pas le cas, cette étape permet au patient de modifier son propos ou de compléter les informations qu'il a données. L'étape suivante, *Management*, permet le travail collaboratif entre le médecin et son patient afin de prendre en charge le problème de ce dernier ; le patient devient acteur de sa guérison, mais aussi responsable des problèmes qui l'amènent à consulter. La quatrième étape, *Safety-netting*, est une sécurité pour le médecin au cas où le diagnostic posé ne soit pas le bon. Enfin, la dernière étape amène à l'idée de *House-keeping* ; ceci renvoie à l'état émotionnel du médecin à la fin de la consultation. L'idée, selon Neighbour, est d'éviter que la charge émotionnelle liée à une consultation ne vienne entraver la consultation suivante. Neighbour est le premier à insister sur ce point dans le descriptif des consultations, et c'est ce qui différencie ce modèle des précédents.

Le dernier modèle de consultation qui fait toujours foi au sein de la communauté médicale anglophone repose sur les *Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides* (Kurtz & Silverman, 1996). Ce modèle inclut également cinq étapes, mais il est davantage centré sur le patient et sur la création de la relation entre le médecin et le patient, grâce à ce qu'ils appellent *Building the relationship*, par le biais de l'empathie et de la sensibilité, et *Providing structure*, qui garantit le bon déroulement de la consultation. Ces deux points interviennent dans chaque étape de ce modèle, qui sont présentées en Figure 30.

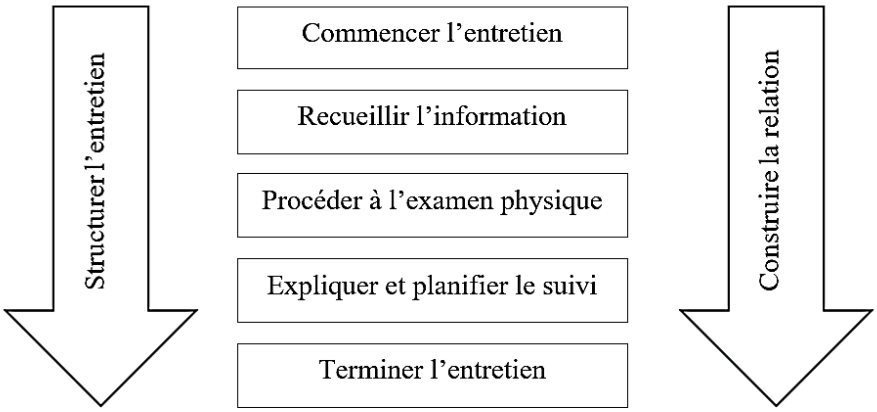


Figure 30 : Étapes de la consultation selon les *Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides.* (Kurtz, Silverman & Draper, 2010, p.48)

Pawlikowska souligne l'importance de ce modèle qui prend en compte le patient dans sa globalité :

> Holistic medical care is an approach which considers all aspects of a person's health, including the physical, psychological, emotional, social, spiritual and cultural. (2007, p.185)

Elle insiste également sur le fait qu'une approche holistique de la consultation « facilitate[s] patient-centredness and partnership » (*Ibid.*, p.202). Les auteurs des *Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides* opposent le modèle qu'ils proposent à la méthode clinique traditionnelle ; ils expliquent que cette dernière adopte :

> L'objectivité nécessaire pour poser un diagnostic en termes de pathologie sous-jacente […] or cette même objectivité se préoccupe peu du patient en tant que sujet. (Kurtz *et al*., 2010, p.100)

Selon eux, l'approche de McWhinney (1989), qui est davantage centrée sur le patient que sur le médecin ou sur l'aspect clinique, est plus adéquate pour intégrer le patient dans sa globalité, ce qui permet de définir le rapport malade-maladie :

> La maladie est la cause biomédicale d'un désordre physiopathologique […] le terme de malade inclut le vécu de la maladie par le patient, son expérience unique et personnelle de son problème de santé. (Kurtz *et al.*, 2010, p.102)

Ainsi, ils justifient leur choix d'intégrer davantage le vécu du patient en expliquant que cela aide à poser le diagnostic et rend l'entretien plus efficace.

2.2. Déconstruction de la consultation selon les *Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides*

Les *Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides* ont été améliorés pour aboutir à une version plus complète et plus détaillée de ce que doit être une consultation (Kurtz *et al.*, 2010). Elle suit toujours cinq étapes : l'ouverture de la consultation, le recueil d'informations, l'examen physique, l'explication et la programmation et la clôture de l'entretien (Figure 30), et donne toujours une place centrale au patient (Figure 31). Toutefois, il convient de préciser que la description générale de la consultation faite ici ne reflète pas la pratique systématique des professionnels de santé.

Tout d'abord, le médecin établit le premier contact avec le patient en le saluant et essaie de le mettre à l'aise, afin que ce dernier se sente libre de partager des informations délicates. Le médecin est amené à se présenter et à demander ou à vérifier l'identité du patient si cette rencontre était leur première.

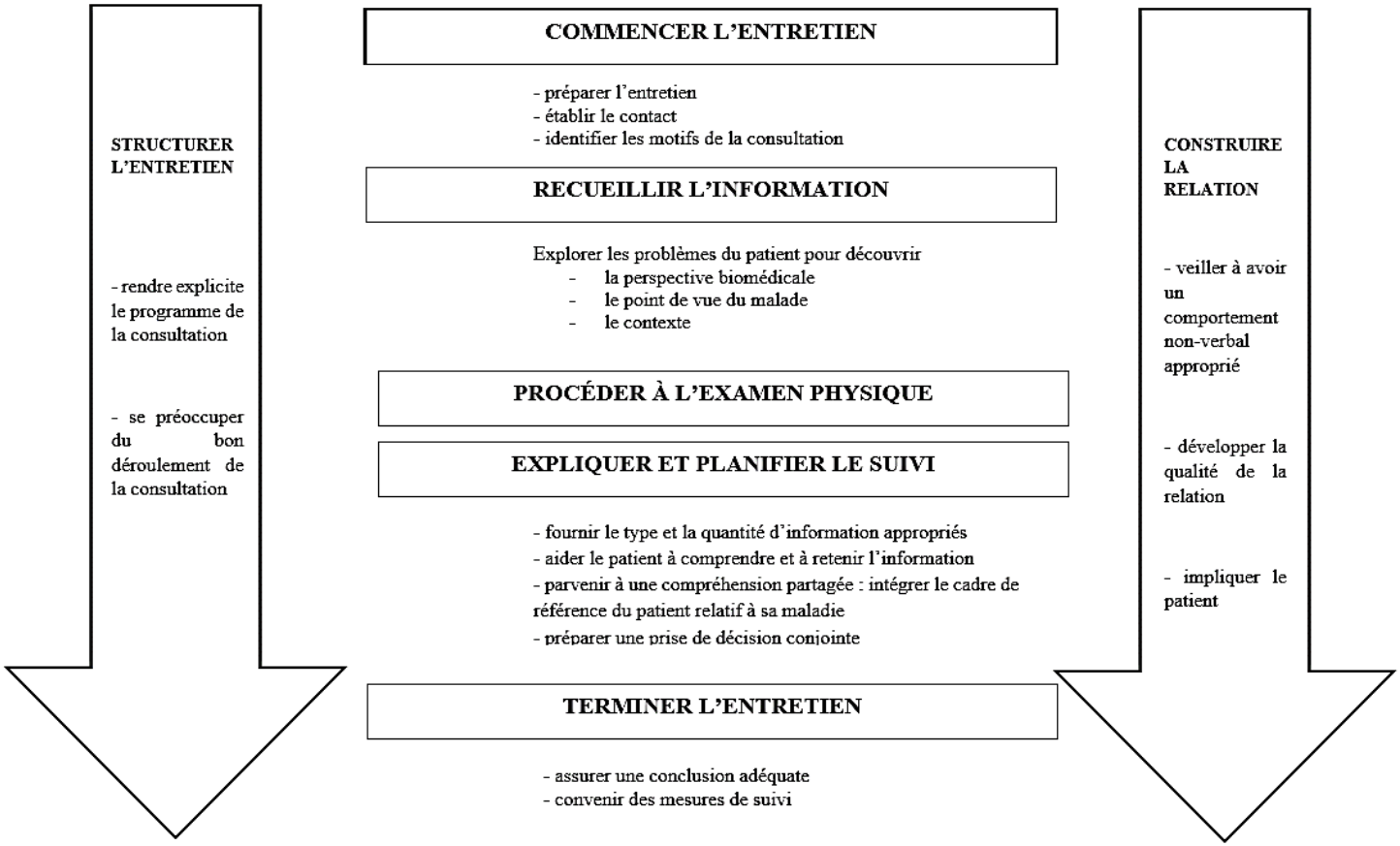


Figure 31 : Cadre de référence élargi des *Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides* (Kurtz *et al.*, 2010, p.50)

La deuxième étape consiste à questionner le patient. Il explique alors la raison de sa visite, soit en décrivant ses symptômes, soit en donnant au spécialiste une lettre rédigée par le généraliste et contenant des informations essentielles. Cette étape se concentre sur le patient et s'appuie sur la communication orale puisque le patient transmet des informations dont le médecin a besoin pour cerner le problème. Au sein de cette étape, plusieurs éléments sont examinés, principalement les antécédents du patient, qui sont eux-mêmes divisés en cinq sous-catégories : la description des symptômes actuels, les antécédents médicaux (informations concernant les problèmes de santé et les hospitalisations passés), les antécédents familiaux (recherche de problème de santé chez les membres de la famille directe), les antécédents sociaux (afin de mieux connaître le mode de vie du patient) et les antécédents professionnels (connaître le métier d'un patient aide à mieux gérer certains problèmes). Cependant, comme le souligne Kurtz *et al*. :

> Lors de l'anamnèse, l'objectif du médecin n'est pas simplement de soutirer des renseignements à un patient passif. Il faut aussi que le patient se sente écouté et estimé. (2010, p.97)

Le médecin veille donc à :

> Structurer la consultation pour assurer un recueil d'informations efficace et faire en sorte que le patient comprenne le sens du déroulement de la consultation. (*Ibid.*, p.97)

Lorsque le médecin a réuni toutes les informations qu'il juge nécessaires, il passe à l'étape suivante, à savoir l'examen clinique. Cette troisième étape est composée d'examens cliniques pratiqués par tous les médecins : les constantes sont mesurées (tension artérielle, fréquences cardiaque et respiratoire, température), et sont suivis des quatre techniques de base : l'inspection (le fait d'examiner visuellement le patient), la palpation (le fait de le toucher), la percussion (le fait de taper sur une partie du corps) et l'auscultation (le fait d'écouter les organes internes avec un stéthoscope). Cette étape permet au médecin de vérifier les différents systèmes anatomiques tels que le système cardiovasculaire, respiratoire, gastro-intestinal, etc. Il est évident que, selon la spécialité du médecin, certains examens sont plus longs : un gastro-entérologue

passe plus de temps à examiner le système gastro-intestinal qu'un pneumologue qui, lui, se concentre davantage sur les poumons et les voies respiratoires. Un patient qui se rend chez un neurologue subit un examen neurologique approfondi composé de plusieurs sous-parties : l'évaluation du système moteur et des réflexes, les nerfs crâniens et les tests de sensibilité. Chaque élément est géré de manière indépendante en demandant au patient de pratiquer des exercices afin de vérifier les différentes zones du système nerveux central. Après avoir terminé l'examen clinique, le médecin passe à la quatrième étape de la consultation : l'explication du diagnostic.

En cas de maladie bénigne telle que la grippe ou la gastro-entérite, expliquer le diagnostic est simple et plutôt rapide. Cependant, dans des cas plus difficiles, le médecin se tourne vers ce qui s'appelle un diagnostic différentiel ; ceci se produit lorsque le médecin n'est pas complètement sûr de la pathologie qui affecte son patient et demande des examens complémentaires afin d'éliminer ou de confirmer ses hypothèses. Dans ce cas, le médecin renvoie le patient vers d'autres spécialistes ou laboratoires afin qu'il y subisse des examens plus poussés, tels que des bilans sanguins ou urinaires, des IRM ou des scanners.

Cette étape place également le patient au centre du processus ; le plan d'action du médecin est négocié avec le patient afin d'obtenir son consentement et d'assurer sa bonne compréhension des hypothèses émises par le médecin. Cette étape se termine toujours de la même façon, le médecin annonce et explique son diagnostic au patient. Une fois le diagnostic posé, et peu importe sa sévérité, le médecin explique le traitement que le patient devra suivre. Pour des pathologies lourdes telles que le cancer, le médecin propose plusieurs traitements possibles comme la radiothérapie ou la chimiothérapie ; cependant, dans des situations plus communes, le médecin explique simplement le traitement à suivre. Il décrit le type de médication (injection, comprimé, sirop par exemple), la catégorie de médicament (antibiotique, anti-inflammatoire) et la posologie (signifiant la durée et la fréquence des prises). Le médecin veille ici à « fournir le type et la quantité d'informations appropriées » (*Ibid.*, p.203) ce qui a pour but de faciliter la compréhension et l'acceptation du patient. Le respect du point de vue du patient qui inclut « les idées ou représentations et les croyances, les craintes, les

souhaits et attentes, les pensées et le ressenti, les répercussions sur la vie » (*Ibid.*, p.131) est essentiel à ce stade de la consultation ; si les explications données par le médecin sont en adéquation avec le point de vue du patient, l'acceptation du diagnostic ainsi que l'adhésion au protocole de soin sont facilitées.

Enfin, le médecin passe à la dernière étape et clôt la consultation en résumant la situation et les faits ; dans certains cas, un rendez-vous ultérieur est fixé. La construction de la relation médecin-patient est centrale ici, et ceci nous amène à envisager un point essentiel de la consultation médicale, à savoir la déontologie médicale dont l'objectif est de créer un climat de confiance entre les deux protagonistes.

2.3. Code déontologique pour la pratique médicale

Le code de Déontologie rédigé par l'Ordre de Médecins (Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2017) trouve ses origines dans le serment d'Hippocrate dont les principes fondateurs sont la promotion de la santé et le respect de la personne. La version d'Avril 2017 du Code de Déontologie reprend les mêmes idéaux dans le but de définir les devoirs des médecins ainsi que leurs obligations envers les patients.

Le Code de Déontologie Médicale compte 31 articles pour présenter les devoirs généraux des médecins dont certains sont directement liés à la consultation, ainsi que leurs obligations envers leurs patients. Parmi ceux-ci se trouvent :

- le respect de la vie et la dignité des patients (Art. 2) ;
- le respect des principes de moralité et de dévouement (Art. 3) ;
- la soumission au secret professionnel (Art. 4) ;
- l'obligation de proposer les mêmes soins à tous, dans le respect de « leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard » (Art. 7) ;
- l'assistance à toute personne en ayant besoin (Art. 9) ;

- l'obligation de prodiguer des soins au patient qui le lui demande (Art. 32) ;
- l'ensemble des soins s'appuie sur ses connaissances médicales (Art. 33) ;
- les informations données doivent être claires, les prescriptions formulées avec clarté tout en veillant à la bonne compréhension du patient (Art. 34) ;
- le médecin a l'obligation de fournir « une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose » (Art. 35) ;
- si le patient stipule qu'il souhaite être tenu dans l'ignorance, le médecin doit s'y plier. C'est pourquoi le consentement du patient est toujours recherché, sa volonté respectée, le médecin ne peut pas s'opposer au refus de soin (Art. 36) ;
- le médecin a pour obligation d'aider le patient avec tous les moyens dont il dispose (Art. 37) ;
- il accompagne le patient tout au long de sa vie, y compris dans les derniers instants (Art. 38) ;
- il protège le patient et évite de lui faire courir des risques pour sa santé (Art. 40) ;
- il lui est interdit de s'immiscer dans la vie privée des patients qu'il suit (Art. 51).

Ces points sont similaires à ceux présentés à l'international par le biais des différents textes de l'Association Médicale Mondiale. Ainsi, lorsque l'on enseigne la communication de la consultation médicale en anglais à des étudiants en France, le code déontologique est le même, ce qui évite que les étudiants ne soient déstabilisés.

2.4. La communication dans la consultation

Selon Kurtz *et al.* « la communication est une composante essentielle de la compétence clinique globale » (2010, p.35). Le schéma le plus simple permettant d'expliquer ce qu'est la communication est proposé par Stébé ; pour lui, la communication est :

> Un processus circulaire où chaque message, chaque comportement d'un sujet A agit comme un stimulus sur un sujet B, et appelle à une réaction de B qui, à son tour, devient un stimulus pour A. (2007, p.XI)

La communication garantit la transmission d'informations et l'établissement d'une relation. L'objectif de la communication dans la consultation est alors d'accroître la précision et l'efficacité de la démarche, d'augmenter la satisfaction du patient, et de promouvoir la collaboration et le partenariat entre le médecin et son patient :

> There is evidence that doctors' general information provision during consultations is positively related to patient satisfaction. (Williams, Weinman & Dale, 1998, p.489)

Kurtz *et al.* (2010) indiquent que la communication dans le contexte de la consultation médicale requiert trois grandes compétences. Tout d'abord, celle liée au contenu médical de la consultation qui renvoie aux savoirs médicaux du médecin. La deuxième compétence concerne la forme de l'entretien ; elle reflète la manière de communiquer du médecin avec le patient ; il s'agit du savoir-faire du professionnel :

> Les habiletés techniques (savoir-faire) vont permettre de conduire un entretien structuré avec le patient pour un recueil d'information optimal. (Perdrix, Gocko & Plotton, 2017, p.5)

La troisième est représentée par la manière de se comporter du médecin envers son patient, autrement dit, le savoir-être, qui va permettre de construire la relation professionnel de santé/patient (*Ibid.*, p.3).

Pendant une consultation médicale, la communication verbale implique une interaction entre le patient et son médecin, et celle-ci intervient principalement lors du recueil d'informations et de l'explication et la programmation. Le rôle du médecin est primordial pour garantir l'efficacité de l'échange et pour assurer que celui-ci n'est pas interrompu.

Lors du recueil d'informations, le médecin utilise le questionnement ouvert et fermé afin de découvrir les raisons qui amènent le patient à consulter (Perdrix *et al.*, 2017, p.6). L'utilisation de questions ouvertes a pour avantage de :

- encourager le patient à donner plus de détails sur son histoire ;
- éviter l'approche à l'aveuglette ;
- prendre le temps d'écouter et de réfléchir au lieu de se presser de passer à la question suivante ;
- accroître l'efficacité du raisonnement clinique ;
- explorer à la fois le champ de la maladie et le champ du malade ;
- mettre en place un modèle orienté vers la participation du patient plutôt que vers la domination du médecin. (Kurtz *et al.*, 2010, p.115)

Également, lors de cette phase, le médecin peut être amené à reformuler et/ou récapituler les propos du patient afin de s'assurer de sa bonne compréhension ou demander des informations complémentaires :

> Il s'agit d'une reconnaissance immédiate de la plainte du patient qui encourage la libération de la parole par un renforcement positif. Le patient se sent en confiance, son sentiment de culpabilité et/ou de honte diminue. Le praticien se positionne en tant que collaborateur et facilitateur de parole. (Perdrix *et al.*, 2017, p.6)

Lors de l'explication et de la programmation, les compétences communicatives sont plus nombreuses. Le médecin veille à utiliser une approche interactive ; ceci signifie qu'il doit sans cesse rattacher les informations au point de vue du patient, lui donner des occasions de s'exprimer et explorer avec lui les différentes options qui se proposent selon le contexte. Lors de la phase explicative, qu'il s'agisse du diagnostic ou du traitement, le médecin fournit le type et la quantité d'informations suffisantes, il segmente l'information et/ou donne les informations au moment qu'il juge opportun, vérifie la compréhension du patient sur ce qui est discuté. Afin de faciliter la compréhension du patient, l'explication est organisée et sériée, le médecin utilise la répétition, et il doit par-dessus tout employer un vocabulaire que le patient est en mesure de comprendre.

Dans le cadre de l'annonce d'un diagnostic défavorable, le protocole est un peu plus délicat. Le médecin commence par vérifier ce que le patient sait déjà et évaluer ce qu'il ressent. Dans certains cas, il faut le préparer au fait qu'une mauvaise nouvelle arrive. Lors de l'annonce, l'information est transmise le plus simplement et le plus honnêtement possible. Le médecin témoigne de la compréhension, de l'empathie, de l'intérêt pour les émotions du patient. Il peut lui faire exprimer ses sentiments, offrir de l'aide ou du soutien. Enfin, il explique

la suite des événements de manière honnête, et s'il décide de donner de l'espoir, il le fait en restant réaliste. Ces directives sont celles décrites et recommandées par Kurtz *et al*. (2010), ainsi que par Perdrix *et al.* (2017), même s'il n'est pas garanti que tous les membres du corps médical les respectent.

Cependant, il serait réducteur de dire que communiquer c'est juste parler. Stébé précise que :

> Le comportement verbal et le comportement non verbal s'entrecroisent, et se renforcent mutuellement, pour former un ensemble communicatif total. (2007, p.27)

La communication non-verbale, dans le cadre d'une consultation, passe par exemple par la gestuelle, la posture, la proximité avec le patient (Kurtz *et al.*, 2010, p.173). Kurtz *et al.* ajoutent que la communication non-verbale est « un moyen privilégié pour communiquer un état d'esprit, des émotions et des affects » (*Ibid.*, p.174). Maniez et Welsby ont listé huit éléments majeurs du comportement du médecin susceptibles d'impacter de manière positive la consultation :

- adopt a warm friendly manner;
- listen carefully and show interest;
- establish eye contact;
- appear encouraging, register appropriate responses by facial expression;
- give your full attention;
- appear unhurried;
- apologise if interruptions occur ;
- minimize social barriers. (2005, p.114)

Il apparaît alors qu'un comportement non-verbal pertinent va prendre plusieurs formes et que la communication non-verbale inclut l'écoute attentive, les expressions faciales telles que le regard ou le sourire, la proximité physique, la disponibilité dans le temps et dans l'esprit (Perdrix *et al.*, 2017, p.3).

L'empathie ne peut pas être laissée de côté puisqu'elle pèse dans le déroulement de la consultation ; Pawlikowska la définit comme étant « the cognitive and behavioural aspect of compassion and care » (2007, p.202). Il est évident que l'empathie ne fera pas partie de toutes les consultations car chaque patient et chaque diagnostic sont différents. Il est alors du rôle du médecin de s'adapter à

son patient : en sachant à qui il a à faire, il ajuste son comportement et sa posture. L'empathie se construit en deux temps : il faut d'abord être capable de comprendre le ressenti du patient, puis il faut verbaliser cette compréhension en faisant preuve de soutien (Kurtz *et al.*, 2010, p.186). Une communication empathique regroupe plusieurs indicateurs :

- une faible utilisation de termes médicaux ;
- une tentative de compréhension du sens particulier que le patient donne à ses symptômes, des réponses qu'il donne par le médecin ;
- être ouvert aux émotions fortes ;
- adapter le ton de sa voix à celui du patient ;
- adapter le débit de parole ;
- ne pas être dans le jugement mais dans le conseil. (*Ibid.*, 2010, p.189)

Si ces éléments cherchent à améliorer la communication entre un médecin et son patient, ces indications ne sont pas toujours suivies. Maguire et Pitceathly suggèrent une liste de points permettant de justifier le non-respect de ces lignes directrices ; ils y incluent le fait que les médecins ne sont pas prêts à changer leur façon d'agir :

> Doctors have therefore been reluctant to depart from a strictly medical model, deal with psychosocial issues, and adopt a more negotiating and partnership style. (2002, p.698)

Mais le problème peut également venir du patient qui ne partage pas l'intégralité des informations le concernant, soit par crainte de paraître ridicule, soit parce que le comportement du médecin ne l'y incite pas :

> Reasons for patients not disclosing problems
>
> - belief that nothing can be done ;
> - reluctance to burden the doctor ;
> - desire not to seem pathetic or ungrateful ;
> - concern that it is not legitimate to mention them ;
> - doctors' blocking behaviour ;
> - worry that their fears of what is wrong with them will be confirmed. (*Ibid.*, p.698)

Ceci est regrettable puisqu'il a été démontré qu'une communication efficace entre un médecin et son patient impacte la santé du patient de manière positive :

> Good doctor-patient communication has the potential to help regulate patients' emotions, facilitate comprehension of medical information, and allow for better identification of patients' needs, perceptions, and expectations. (Ha & Longnecker, 2010, p.38)

2.4.1. Le patient étranger

Si le patient peut, en effet, ne pas tout dire par crainte, le problème de communication peut aussi s'envisager sous l'angle de la barrière de la langue. Il est alors intéressant de s'interroger sur ce que « patient étranger » signifie afin d'envisager les répercussions que cela peut avoir sur la communication avec le médecin français. Dans le contexte de cette recherche, un patient étranger renvoie à un patient qui ne maîtrise pas le français et/ou qui serait dans l'incapacité de communiquer dans sa langue maternelle avec un médecin français. Dans ce cas, on envisage que la consultation est faite en anglais. Il convient toutefois de revenir à la place de l'anglais dans le contexte de cette recherche, car outre le fait que cette langue soit la *lingua franca* de la médecine académique (cf. Introduction générale), notre choix de nous limiter au monde anglophone pourrait être perçu comme une limitation. Le programme d'enseignement, tel qu'il a été réfléchi et construit, repose largement sur les modèles britannique et américain. Nous défendons ce choix par le biais de deux arguments. Tout d'abord, l'étude porte sur un cours d'anglais dispensé dans une université française sur une période de 24 heures : l'enseignement de la culture anglophone nous a semblé prioritaire. De plus, il ne nous est pas apparu possible d'envisager la totalité du panel de patients et de cultures auxquels peuvent être confrontés les médecins français dans le temps imparti. L'objectif fixé par le programme étant la compétence communicationnelle en anglais, nous avons fait le choix de ne travailler que cette partie infime de l'interculturalité. La géographie, tout comme l'accessibilité à des documents provenant de ces deux modèles anglophones, nous ont confortés dans notre choix. De plus, l'anglais compte de nombreuses variations linguistiques, phonologiques, mais aussi lexicales (Rohdenburg & Schlüter, 2009 ; Khan & Alzobidy, 2019 ; Davies, 2005). Si ces variations peuvent apparaître entre des individus d'une même

nation (comme entre un *Geordie* de Newcastle et un *Scouser* de Liverpool), il est légitime de penser qu'elles peuvent aussi impacter la communication entre le professionnel de santé et le patient, raison pour laquelle les médecins ont tout intérêt à comprendre « the idiomatic expressions which people in the UK (and elsewhere) use to describe their health problems » (Brown, Crawford & Carter, 2006, p.137).

À titre d'exemple, nous proposons de nous arrêter sur deux expressions utilisant le mot estomac (*stomach*) qui peuvent conduire un médecin français à ne pas comprendre correctement ce qu'un patient anglophone explique. Tout d'abord, le symptôme courant *stomachache* indique soit une douleur au niveau de l'estomac, soit une douleur abdominale dont la localisation est imprécise. Les dictionnaires qui proposent une entrée pour l'expression *upset stomach* donnent des explications différentes : le *Macmillan Dictionary* l'explique comme étant « an illness that is affecting your stomach, usually caused by something that you have eaten or drunk » (Macmillan Education Ltd, 2002, p.1581), ce qui renvoie à la nausée. Carnet traduit cette expression par « crise de foie », qui renvoie à la nausée, aux vomissements, mais également aux crampes d'estomac (2006, p.287). La différence anatomique estomac/foie est intéressante à noter et met en lumière les variations linguistiques qui existent entre les deux langues, et qui peuvent freiner la communication médecin-patient. Si ces informations sont mises en contexte, il semble alors qu'un patient anglophone dirait « *I have an uspet stomach* » quand le patient francophone dirait « Je suis barbouillé ». Les deux expressions sont imagées, mais les médecins doivent être capables de les comprendre pour pouvoir les analyser en tant que symptômes. On comprend alors l'importance de passer du temps à travailler la capacité du médecin à comprendre un patient étranger.

2.4.2. La communication interculturelle en contexte médical

Barrette, Gaudet et Lemay (1993) définissent la communication interculturelle comme un moment d'échange entre deux individus de culture différente, à travers le croisement de différents facteurs tels que le sexe, l'âge, l'origine

sociale ou encore les appartenances religieuses ou idéologiques. Même s'il est légitime de penser que « les différences culturelles sont très souvent […] au premier abord des différences linguistiques » (Es-Safi, 2001, p.28), il serait réducteur de limiter la culture à la langue. Lorsque la communication entre un médecin et son patient est prise en compte comme sujet d'étude, il est nécessaire de réfléchir à la place de la culture puisque l'origine géographique, ethnique, religieuse ou encore sociale, peut impacter la relation et la communication entre le professionnel de santé et le patient.

Les différences de croyances et de valeurs culturelles posent un premier défi dans les relations interculturelles. Les études qui les ont explorées notent que certaines normes de communication peuvent diverger d'une culture à une autre (Neuliep, 2015 ; Schinkel, Schouten, Kerpiclik, Van Den Putte & Van Weert, 2018) : l'étude de Schinkel *et al.* (2018) indique que les patients d'origine turque se sentent mal à l'aise avec un style direct et impersonnel de communication, à l'inverse des patients néerlandais, qui apprécient ce style. Il semble alors que la connaissance et l'acceptation des différences culturelles facilitent les échanges entre les deux individus, sans qu'aucun jugement ne soit émis pour parvenir à une communication efficace (Richard, Lussier, Galarneau, & Jamoulle, 2010, p.258). Il est de ce fait nécessaire, pour le professionnel de santé, de développer une compétence interculturelle qui englobe la capacité à communiquer (communication verbale et non verbale) et la dimension cognitive qui connaît et reconnaît les variations culturelles (Stoesslé, 2015, p.119). Cette compétence agit comme le garant d'une communication efficace entre deux individus aux cultures différentes (Ladha, Zubairi, Hunter, Audcent & Johnstone, 2018, p.70). Pourtant, la relation entre un médecin et son patient constitue une forme particulière de communication : c'est une relation dans laquelle les deux protagonistes endossent des rôles prédéterminés, et les normes de comportement qui s'appliquent au médecin sont clairement définies par un code de déontologie (cf. 2.3) (Lussier & Richard, 2008, p.1096). Frame souligne d'ailleurs que le fait de ne penser la communication interculturelle qu'à la lumière seule de la différence culturelle serait limitatif :

> Lorsqu'ils communiquent avec un étranger, la plupart des individus, dans la plupart des contextes, arrivent à s'expliquer les comportements qui ne respectent pas les normes sociales dominantes, en les attribuant au fait que leur interlocuteur soit étranger. Au lieu d'être démuni face à la différence, on devient plus tolérant et on pardonne, le plus souvent, à l'étranger, ses fautes de langue et autres « excentricités » liées à son origine nationale. (2011, n.p.)

En ce sens, le contexte communicationnel fournit des repères aux deux intervenants, qui vont sans doute modifier leur comportement afin de faciliter les échanges (Burke, Owens, Serpe & Thoits, 2003) :

> Assumer le rôle de patient chez le médecin ne se fait pas de la même manière dans tous les pays, mais il existe, en général, suffisamment de points communs, pour permettre au médecin et au patient de se rendre prévisibles et de « négocier » dans l'échange ce que chacun doit faire. (Frame, 2011, n.p.)

Il semble alors que la capacité et la volonté de chacun à tenter de pénétrer la culture de l'autre pour entrer en communication est un point fondamental de la communication interculturelle, peu importe que cette différence culturelle soit d'ordre géographique, ethnographique ou encore sociale.

Tout ceci montre que l'attitude des médecins englobe différents aspects : savoir écouter, être respectueux des croyances ou de la volonté des patients, faire preuve d'empathie. Ces éléments sont à prendre en compte dans leur intégralité lorsque l'on enseigne la consultation, puisqu'ils en font partie intégrante. Ceci implique également que le médecin envisage le patient, non seulement comme un corps malade, mais bien comme un être humain doté d'émotions forgées par ses croyances. Il est nécessaire d'insister sur ce point puisque les études médicales ont tendance à se concentrer plus sur l'humain en tant qu'objet anatomique que sur l'humain en tant qu'entité (cf. Introduction générale). Cela fait donc partie du rôle de l'enseignant d'anglais de réunir ces deux aspects que sont la médecine et l'humanité lorsque l'on enseigne la consultation :

> Le rôle de l'enseignant-formateur consiste à développer chez les apprenants les capacités de relation avec « l'Autre », celui qui a des attitudes, des valeurs et des comportements différents. (Stoesslé, 2015, p.123)

Ces différents points ont mis en exergue la complexité du concept de communication dans le cadre de la consultation médicale. Il convient désormais de s'intéresser à la langue de la consultation, en tentant de révéler les caractéristiques linguistiques qui lui sont propres.

2.4.3. Les caractéristiques linguistiques de la consultation

Tout comme les articles de recherche médicaux contiennent des éléments qui peuvent être considérés comme les caractéristiques linguistiques de l'anglais médical écrit, la consultation semble, elle aussi, en contenir. La liste présentée n'a pas pour objectif d'être exhaustive, mais plutôt de pointer certains éléments linguistiques qui font partie de la langue de la consultation, et qui doivent être connus par quiconque va mener une consultation en anglais.

Un cours d'ARC (cf.1.4.1) avec 24 étudiants de DFASM2 et un neurologue a permis de relever des exemples d'énoncés caractéristiques de la consultation. Ce cours a eu lieu en novembre 2016 et les étudiants n'ont pas été informés que ce qu'ils disaient allait être utilisé pour notre recherche, afin de ne pas entraver le cours, ni leurs efforts de communication. Les items utilisés pour définir les caractéristiques linguistiques de l'anglais médical écrit ont été repris dans le but de créer une liste des possibles caractéristiques linguistiques de l'anglais médical de la consultation. Les expressions en lien avec chaque item ont été relevées par écrit pendant le cours et des exemples sont présentés dans le Tableau 7. L'objectif de ce travail était de comparer l'utilisation des caractéristiques de l'anglais médical écrit à celles de l'anglais médical oral de la consultation tout en cherchant à en faire apparaître d'autres.

TEMPS	*What were you doing when you collapsed?*
NOMBRES	*The episode lasted about 10 minutes*
UNITÉS DE MESURE	*Your pulse is 90 bpm*
ARTICLES	*The angio-CT scan revealed a stenosis of the left carotid artery*
SIGLES	*You had a TIA*

Tableau 7 : Exemples de caractéristiques linguistiques de la consultation relevées lors d'un cours d'ARC en novembre 2016

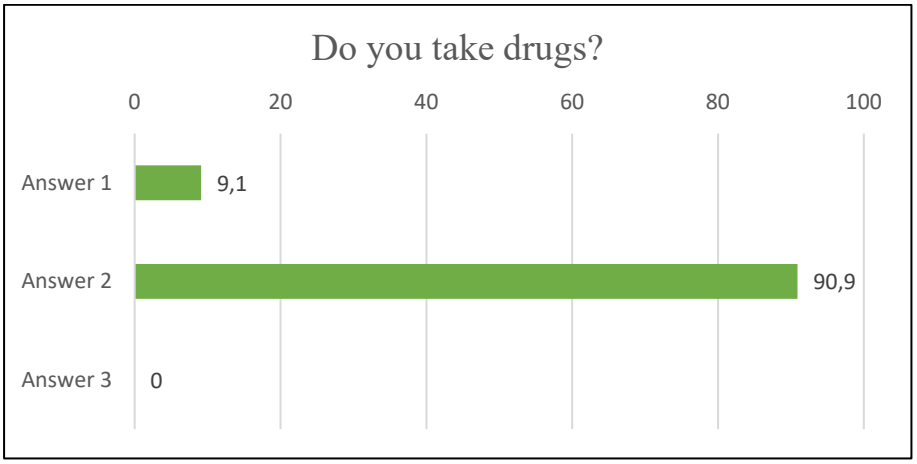
La forme interrogative doit être rajoutée à cette liste puisqu'elle représente un élément-clef de la communication médicale : les questions sont au centre de l'interrogatoire du patient et portent sur ses antécédents, mais elles peuvent également être posées par le patient pour obtenir plus d'informations (cf. 2.2). Pendant ce cours, une quarantaine de questions ont été posées par les étudiants ; cependant, un médecin ne poserait pas autant de questions puisqu'il sait choisir les plus adéquates en fonction de la situation, afin de mieux cibler et comprendre le problème du patient.

Afin de débuter la consultation, le médecin accueille le patient en demandant, par exemple, *What's brought you along today?* D'autres manières de poser cette question seraient *How can I help you today?* ou *What seems to be the trouble today?*. Ces deux dernières questions sont sans doute plus à même d'être comprises par des patients étrangers non natifs. Ceci s'éloigne de notre question de départ concernant l'apprentissage de l'anglais médical dans les facultés de médecine en France, mais c'est d'une importance capitale. Les étudiants ont souvent des problèmes pour poser des questions qui sont grammaticalement correctes puisqu'ils traduisent littéralement la question française en anglais, sans connaître une version idiomatique anglaise. Il est nécessaire d'insister sur le fait que tous les patients étrangers ne sont pas en mesure de comprendre les expressions idiomatiques, car cela dépend de leur propre niveau de connaissances de la langue anglaise. Cependant, notre objectif en tant qu'enseignant d'anglais est d'amener les étudiants de médecine à utiliser la langue anglaise de manière naturelle et spontanée, et à suivre un schéma grammatical correct afin de garantir une communication adéquate avec un patient étranger.

Étant conscient du problème rencontré par les étudiants lors du questionnement, il semble intéressant de savoir exactement comment les locuteurs natifs comprennent ces questions erronées. Deux questions entendues lors de ce même cours d'ARC ont été sélectionnées puis soumises par le biais d'un questionnaire Google Form® posté sur Facebook®. Il était précisé que seuls les locuteurs natifs ne parlant pas français pouvaient y répondre afin de ne pas biaiser les résultats. En effet, l'objectif de ce questionnaire était d'évaluer l'importance de

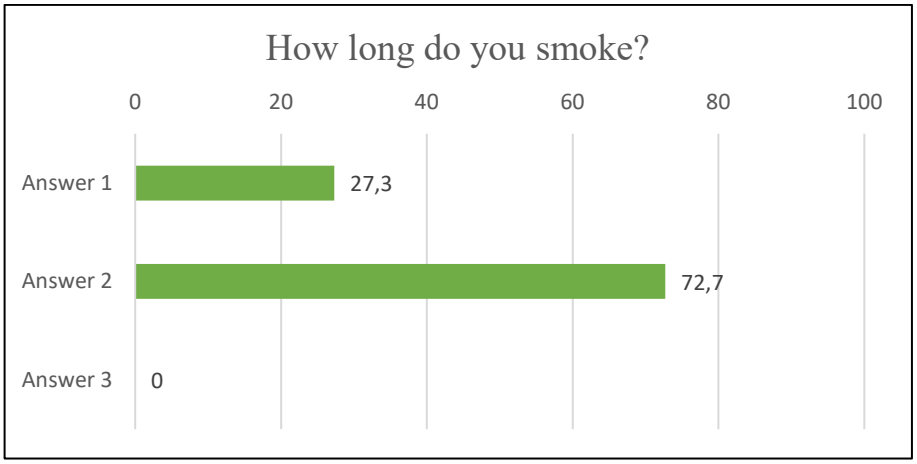
la correction grammaticale et son impact sur le flux de communication entre un médecin francophone et un patient étranger. Les anglophones, qui maîtrisent majoritairement la correction grammaticale de leur langue maternelle, sont la meilleure population témoin sur laquelle s'appuyer pour tenter de démontrer que la correction grammaticale influe sur la communication.

Des réponses venant de 38 personnes résidant au Royaume-Uni, aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande ont été obtenues. Les questions ont été sélectionnées pour des raisons différentes. La première *Do you take drugs* ? peut amener à un problème de compréhension entre le médecin et le patient en raison du caractère non idiomatique de la question. En effet, dans ce cas, 90,9 % des locuteurs natifs comprennent *Do you do illegal drugs?* alors que l'étudiant voulait demander *Are you on medication?* (Figure 32). La seconde question grammaticalement incorrecte qui prête à confusion pour un locuteur natif est la question *How long do you smoke ?* Bien qu'une majorité de natifs (72,7 %) la comprenne comme *How long have you been smoking ?*, certains d'entre eux la comprennent comme *How long does it take for you to smoke a cigarette?* (27,3 %) (Figure 33). Le problème ici n'est pas lié à l'utilisation idiomatique d'une question mais bien à un problème grammatical lié à l'utilisation des temps.



RÉPONSES:
1. Are you on medication?
2. Do you do illegal drugs?
3. Did you go to the pharmacy to get your treatment?

Figure 32 : Compréhension des locuteurs natifs de la question « *Do you take drugs* ? » (résultats exprimés en %)



RÉPONSES:
1. How long does it take for you to smoke a cigarette?
2. How long have you been smoking?
3. How many cigarettes a day do you smoke?

Figure 33 : Compréhension des locuteurs natifs de la question « *How long do you smoke* ? » (résultats exprimés en %)

Le but de ces remarques est de montrer qu'il est nécessaire de prévoir du temps lors des cours d'anglais pour travailler les formes interrogatives, ou tout du moins pour sensibiliser les étudiants à ces problèmes qui vont venir entraver la communication entre le médecin et le patient, lorsque l'on traite de la consultation. Il est également nécessaire de prendre le temps de travailler les réponses que les patients donnent s'ils ne comprennent pas la question, puisque cela amènerait les étudiants à reformuler leur question afin d'obtenir la réponse désirée. Les questions sont un point important de ce type de discours, et si les médecins ne sont pas précis dans leur demande, il se pourrait qu'ils n'obtiennent pas la réponse attendue et cela pourrait mener à bien des confusions.

Une autre caractéristique linguistique de la consultation est ce que Hutchinson et Waters (1987) ont appelé les notions et fonctions. Ils définissent les notions comme étant la manière dont les gens envisagent le temps, la fréquence, la durée, entre autres. Le médecin les utilise, par exemple, lors de l'examen clinique en donnant des instructions au patient, telles que *You must take one pill three times a day with a meal* ou *Hold your breath for 3 seconds and then breathe out*. Les fonctions sont en lien avec le comportement et renvoient aux conseils, aux avertissements, etc. L'exemple le plus probant est celui lié au tabagisme lorsque le médecin explique *You should really consider quitting*. Ces notions et fonctions

sont des éléments-clefs de la consultation, et font de ce fait, parties de la liste des caractéristiques linguistiques de la consultation.

2.4.4. Le lexique de la consultation

Le second point à soulever est le lexique. En effet, l'utilisation spécifique du lexique est un élément très frappant pour quiconque s'intéresse à la consultation. Deux types de termes existent : les termes médicaux et les termes non médicaux ou courants. Allum explique la différence entre les deux comme étant « a mix of medical terminology and everyday health terms which are needed to communicate with patients » (2012, Introduction). Les étudiants soucieux de maîtriser la communication de la consultation en anglais doivent, de ce fait, être conscients de la différence entre ces deux types de termes s'ils veulent communiquer efficacement, que ce soit avec leurs collègues ou leurs patients. En effet, Pawlikowska explique que :

> Medical terminology can frustrate and confuse patients. Jargon should be avoided whenever possible and explanations given in the patient's or lay language. (2007, p.210)

L'enseignant amène donc les étudiants à réfléchir aux termes qu'ils emploient et à être capables, lorsqu'ils emploient un terme spécialisé, de l'expliquer pour assurer la bonne compréhension du patient ; Kurtz *et al.* ajoutent en effet que :

> Le jargon est un problème majeur de la communication; ayant peur de paraitre ignorant, les patients osent rarement demander des explications. (2010, p.224)

L'exemple des os permet de montrer la différence entre ces deux niveaux de langue ; par exemple, un médecin s'adressant à un collègue utilise le terme *patella* ; par contre, en s'adressant à un patient, il utilise *knee bone*. Également, il écrit le symptôme *dyspnoea* dans le dossier médical du patient, mais l'informe qu'il souffre de *shortness of breath* ou de *breathlessness*. La distinction entre les deux est très importante puisqu'un médecin ne peut attendre d'un patient qu'il comprenne systématiquement les termes scientifiques. Et pourtant, les médecins doivent connaître et maîtriser les deux termes, afin d'être facilement compris aussi bien par leurs pairs, que par leurs patients. Ainsi, en s'adressant à un

patient, le médecin utilise les termes courants, alors qu'il utilise les termes médicaux avec ses collègues ou en rédigeant des rapports.

Récemment, la NHS a décidé de simplifier le lexique médical afin de le rendre plus compréhensible pour les patients. Cette information a été relatée dans un article du Guardian :

> Because the NHS has found that "stool" and "faeces" are already quite unfamiliar words, whereas "everyone can understand 'poo', including people who find reading difficult. (The Guardian, 2019)

Les autres exemples qui apparaissent sont *pee* et *peeing* pour remplacer *urinating*, *feeling sick* pour *nausea*, *being sick* pour *vomiting*. L'objectif de ce changement est bien d'aider les patients qui auraient des difficultés à comprendre les termes scientifiques :

> Medical? No, but that's a good thing. We can't jeopardise people's health just because they don't know what having a "bowel movement" is. Much better to say "poo". (*Ibid.*)

Face à ce changement annoncé par la NHS, il semble pertinent de se concentrer sur les mots utilisés par des patients étrangers pour décrire leur problème. Un questionnaire Google Form® a été envoyé à tous les étudiants étrangers du campus dijonnais par le biais du Pôle International de l'Université de Bourgogne Franche-Comté. Ce questionnaire très simple ne comprend que trois questions : deux fermées (Q1 : *Is English your mother tongue ?* / Q2 : *What is your nationality ?*) et une ouverte (Q3 : *When you're sick, you need to explain what's wrong with you ; please write a list of symptoms (words you'd use to describe those feelings (pain in the head or wanting to vomit…). You can write as many as you like, in ENGLISH of course !)*. Parmi les 46 nationalités représentées dans les 103 réponses obtenues, seuls 10,2 % des participants sont des locuteurs anglophones natifs (Figure 34).

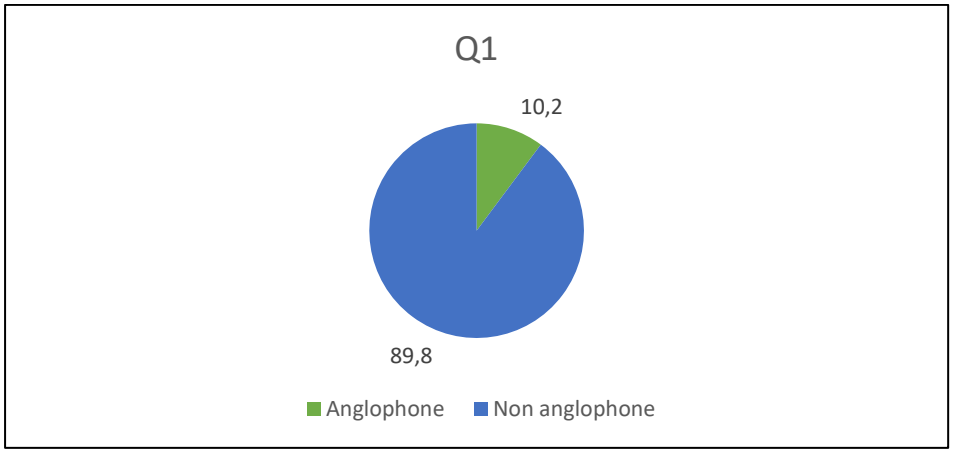


Figure 34 : Taux de locuteurs anglophones et non anglophones ayant répondu au questionnaire (résultats exprimés en %)

Les étudiants qui ont répondu sont Albanais, Algérien, Allemand, Américain, Arménien, Australien, Belge, Béninois, Brésilien, Britannique, Burkinabé, Burundais, Camerounais, Canadien, Chinois, Costaricain, Chypriote, Égyptien, Éthiopien, Français, Géorgien, Guinéen, Grec, Indien, Irlandais, Italien, Ivoirien, Libanais, Lithuanien, Malgache, Marocain, Nigérien, Pakistanais, Polonais, Roumain, Russe, Rwandais, Sénégalais, Slovaque, Soudanais, Suisse, Syrien, Tunisien, Turc, Ouzbek, Vietnamien. Il a pourtant été décidé de conserver l'intégralité des réponses, sans tenir compte de la langue maternelle des participants, puisque l'objectif de cette question est de créer une liste de mots décrivant les symptômes. Les étudiants qui ont répondu à ce questionnaire sont tous considérés comme des patients étrangers selon la définition qui a été donnée précédemment : les non-anglophones expriment leurs symptômes dans une langue qui n'est pas leur langue maternelle. Quant aux anglophones, ils utilisent le vocabulaire adéquat et n'ont pas de difficulté à exprimer leur ressenti, mais ils sont tout de même considérés comme des patients étrangers puisque le français n'est pas leur langue maternelle.

Les réponses à la question 3 ont ainsi permis d'établir une liste de 224 mots ou expressions (Annexe 14). Certains points méritent toutefois d'être soulignés concernant les mots contenus dans cette liste. Tout d'abord, l'anglais n'étant pas la langue maternelle de la plupart des participants, des néologismes apparaissent tels que *cysticis* ou *hyperthermy*. Également, des différences de niveaux de langues sont à noter ; certains termes listés sont issus de la langue médicale

(*anorexia*, *dyspnea*, *tachycardia*, *tachypnea*), tandis que d'autres sont issus du langage courant (*foggy*, *giddy*, *groggy*, *puke*, *queasy*, *sluggish*). Il apparaît alors qu'il n'existe pas de règle lorsqu'un patient étranger tente d'expliquer ses symptômes dans une langue qui n'est pas la sienne ou face à un médecin qui ne parle pas sa langue : il se sert de ce qu'il sait, des mots qu'il connaît pour exprimer un ressenti, une sensation. Ces problèmes de langue qui viennent entraver la communication entre un médecin francophone et un patient étranger ont également été repérés dans une étude du campus américain Southern Illinois University Carbondale ; l'objectif était de présenter « the primary communication problems which occur in exchanges between international student patients and Student Health Programs personnel » (Frank, 2000, p.33). Parmi les résultats obtenus, les problèmes liés au manque de vocabulaire, aux difficultés d'expression et/ou de compréhension sont souvent pointés et ont été surlignés en jaune dans le Tableau 8.

Frequency of difficult contact situations

Situation number and description	Mean	S.D.
(9) I.S. sometimes says yes when I think s/he doesn't really agree or correctly understand	3.32	0.83
(1) I.S. is unable to explain his/her problem or concern because I.S. English vocabulary is not large enough	3.19	0.81
(2) I.S. telephone skills (speaking and/or listening) are problematic	3.08	0.88
(4) I.S. does not indicate is s/he understands me	3.06	1.00
(11) I.S. has trouble asking questions	2.95	0.92
(12) I.S. is silent after I have given instructions	2.84	0.91
(7) I.S. is too timid in explaining her/his problems	2.78	0.88
(3) I.S. does not understand my pronunciation	2.61	0.97
(10) I.S. misinterprets my instructions due to poor listening ability	2.26	0.92
(13) I.S. has trouble hearing/understanding units of measurement	2.25	1.01
(14) I.S. has trouble hearing/understanding numbers	2.17	0.91
(6) I.S. becomes silent when we don't agree on a way of looking at the problem	2.16	0.89
(8) I.S. is too aggressive in asking for attention to problems	2.13	0.88
(5) I.S. becomes hostile when we don't agree on a way of looking at the problem	1.80	0.87

Tableau 8 : Liste des problèmes pouvant entraver la communication entre un médecin anglophone et un patient étranger (Frank, 2000, p.35)

C'est pour cette raison que l'intégralité des termes listés par les étudiants étrangers a été conservée. La recherche actuelle ne se focalise pas sur l'apprentissage de la langue du patient mais bien sur celle du médecin, qui doit être capable de s'exprimer, mais également de comprendre ce qu'un patient étranger explique. Cette liste de mots pourra être utilisée par la suite dans de

futures recherches ayant comme sujet d'étude la langue du patient dans la communication médecin-patient.

Synthèse

En déconstruisant la consultation, nous avons montré que son déroulement est hautement mécanique et suit des règles spécifiques, ainsi qu'un ordre logique, même si cela ne garantit pas que chaque membre du corps médical suive ces protocoles de manière systématique. Ainsi, ceci fait référence à l'un des critères utilisés préalablement pour décrire l'anglais médical, à savoir l'aspect culturel. Une communauté donnée (les médecins) suit le même mode de fonctionnement dans sa pratique, et celle-ci est universelle. En analysant de plus près la communication au sein d'une consultation médicale, il apparaît qu'elle fait appel à une triade de compétences qui servent à évaluer la qualité de la compétence communicationnelle du professionnel de santé : le savoir qui correspond à la médecine mais aussi à la langue dans notre recherche, le savoir-faire propre au déroulement de la consultation, et enfin le savoir-être qui émane du professionnel de santé face à un patient. La communication pour la consultation médicale couvre alors trois niveaux : le niveau fonctionnel, le niveau linguistique et le niveau paralinguistique. Le niveau fonctionnel pose les bases de la communication, à savoir les échanges entre deux interlocuteurs aux rôles distincts dont l'objectif commun est la transmission d'informations. Le niveau linguistique renvoie à la langue qui, dans le cadre de la consultation, fait intervenir divers champs tels que le lexique ou encore le questionnement. Enfin, le niveau paralinguistique concerne les signaux verbaux et non verbaux qui vont venir enrichir les échanges entre les interlocuteurs. L'association de ces éléments doit permettre, dans le contexte de la consultation médicale, d'établir une relation médecin/patient centrée sur le patient. Il convient maintenant de s'intéresser à la manière dont la communication pour la consultation médicale peut être enseignée auprès du public cible de notre étude.

CHAPITRE 3
L'ENSEIGNEMENT/APPRENTISSAGE DES SAVOIRS, SAVOIR-FAIRE ET SAVOIR-ÊTRE DE LA CONSULTATION

L'objectif de ce chapitre est de proposer une réflexion sur l'enseignement/apprentissage. Dans son sens le plus large – c'est-à-dire non cloisonné à notre sujet d'étude – l'enseignement/apprentissage relève de la didactique, mais également de la pédagogie. L'association de ces deux éléments permet de l'envisager comme un va et vient constant entre théories et pratiques éducatives, regroupant elles-mêmes divers champs de réflexion et d'actions. Nous proposons d'ouvrir ce chapitre par la définition des concepts centraux à l'enseignement/apprentissage. Nous nous concentrerons ensuite sur les théories d'acquisition des savoirs, savoir-faire et savoir-être en lien avec notre recherche. Enfin, nous nous intéresserons à l'évaluation de la compétence communicative dans le cadre de notre étude.

3.1. L'enseignement/apprentissage : définitions des concepts sous-jacents

Notre recherche nécessite une réflexion sur les différents concepts en lien avec l'enseignement et l'apprentissage. Cependant, il est nécessaire de faire une distinction entre ces deux notions :

> L'association de ces deux termes, courante comme un raccourci pratique dans la littérature didactique, tente néanmoins de faire exister dans une même lexie deux logiques complémentaires, celle qui pense la question de la méthodologie et de la méthode d'enseignement, et celle qui envisage l'activité de l'apprenant et la démarche heuristique qui la sous-tend. La notion d'enseignement-apprentissage reste ambiguë dans la mesure où elle ne doit pas laisser croire à un parallélisme artificiel entre deux activités qui se construisent sur des plans différents. Son utilisation doit rendre compte de l'interdépendance des deux processus. (Cuq, 2003, p.85)

Le terme enseignement renvoie à la transmission de savoirs. Il désigne ainsi le dispositif global, qui renvoie à l'institution, et le dispositif pédagogique mis en place par l'enseignant. Cependant, de nos jours, l'enseignement ne renvoie plus à la simple transmission de savoirs à sens unique (enseignant → apprenant), mais il doit amener l'apprenant à construire ses propres savoirs grâce aux dispositifs méthodologiques et pédagogiques mis en place par l'enseignant :

> [il s'agit d'une] tentative de médiation organisée entre l'objet d'apprentissage et l'apprenant, dans une relation de guidage en classe, entre l'apprenant et la langue qu'il désire s'approprier. (Cuq & Gruca, 2005, p.123)

L'apprentissage, quant à lui, renvoie à la démarche active qui vise l'appropriation et l'acquisition de savoirs. Celui-ci se construit par palier et peut être défini en trois phases :

> 1. les activités visant à la découverte de connaissances référentielles, socioculturelles, linguistiques, en vue de favoriser la saisie de données dans l'exposition et leur traitement ;
>
> 2. les activités visant l'entraînement systématique à utiliser ces connaissances dans la compétence visée et dans l'objectif visé,

> lors desquelles l'apprenant exerce d'abord un contrôle maximal sur cette utilisation, puis progressivement se libère de ce contrôle et les procédures de rappel s'automatisent ;
>
> 3. les activités visant l'utilisation simultanée de plusieurs savoir-faire de plus en plus automatisés. (Valenzuela, 2010, p.76)

L'enseignement/apprentissage induit donc un processus mis en place par un enseignant et centré sur l'apprenant dans le but de lui faire construire et acquérir de nouveaux savoirs. Cependant, afin de rendre l'enseignement/apprentissage pertinent et efficace, il est nécessaire de l'envisager dans sa globalité, et de prendre en compte la théorie et la pratique.

3.1.1. L'enseignement/apprentissage : entre pédagogie et didactique

Il convient alors de définir deux concepts centraux à notre recherche – la didactique et la pédagogie – puisque les points de vue anglophone et francophone impliquent des divergences de significations et d'exploitation. Le point de vue francophone définit la didactique comme étant :

> L'étude des conditions et des modalités d'enseignement et d'apprentissage des langues […] en milieu non naturel. Par modalité d'enseignement j'entends toutes les connaissances diachroniques et synchroniques qui peuvent être établies par les conditions, les méthodologies et les techniques de guidage. Par modalités d'apprentissage, j'entends toutes les connaissances diachroniques et synchroniques qui peuvent être établies par les conditions, les méthodologies et les techniques d'appropriation sous guidage. (Cuq, 2010, p.86)

La pédagogie, quant à elle, renvoie à :

> L'enveloppement mutuel et dialectique de la théorie et de la pratique éducatives par la même personne, sur la même personne. Le pédagogue est un praticien-théoricien de l'action éducative. Il cherche à conjoindre la théorie et la pratique à partir de sa propre action, à obtenir une conjonction parfaite de l'une et de l'autre. (Houssaye, 1993)

Ces deux concepts sont très importants dans les pratiques enseignantes ; pourtant, leur portée n'est pas la même si l'on adopte le point de vue anglophone. Comme le souligne Hamilton, « didactics has a negative valuation in the Anglo-American mind. It denotes formalist educational practices that combine 'dogma' with 'dullness' » (1999, p.135) et il ajoute que « the European discourse of didactics is […] very close to the Anglo-American discourse of pedagogics » (*Ibid.*). En effet, la didactique et la pédagogie sont intrinsèquement liées puisque la didactique cherche à théoriser les pratiques pédagogiques de la classe de langue (Tardieu, 2014, p.85). Cette thèse s'appuie sur une démarche pédagogique afin d'apporter un nouvel éclairage sur les mécanismes d'acquisition de la langue, ce qui en fait une recherche didactique.

3.1.2. De la didactique générale à la didactique de l'anglais de spécialité

> La didactique générale [est conçue] comme l'étude des interrelations entre les trois pôles du triangle didactique. (Germain, 2010, p.24)

Le triangle didactique auquel Germain fait référence est celui proposé par Chevallard (1985) dans lequel trois pôles sont représentés : l'élève, l'enseignant et le savoir (Figure 35). Ces trois pôles sont en interaction par le biais d'une science commune qui est la didactique.

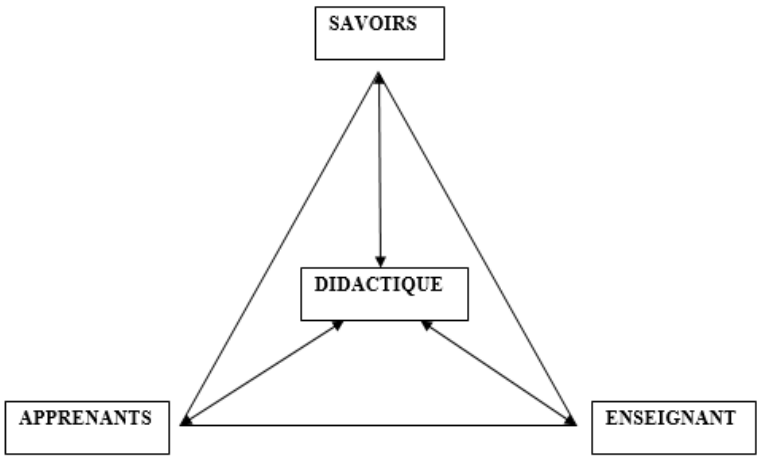


Figure 35 : Triangle didactique adapté de Chevallard (1985)

Ce triangle permet d'apporter un éclairage sur les interactions qui se produisent dans le cadre de l'enseignement/apprentissage de savoirs, et qui permettent d'expliciter le fonctionnement d'un système (Bertin, Gravé & Narcy-Combes, 2010, p.3). L'interaction élève-enseignant correspond à l'enseignement et à la relation pédagogique, c'est à dire « aux interactions effectives, en salle de classe, entre un enseignant et un groupe d'apprenants » (Germain, 2010, p.27). L'interaction élève-savoir renvoie à l'apprentissage et enfin l'interaction enseignant-savoir au contenu qui doit être acquis par l'élève (Figure 36). De ce fait, la didactique générale est la science qui se focalise sur :

> L'étude de l'enseignement (relations entre élève et enseignant), l'étude de l'apprentissage (relations entre élève et contenu), et l'étude du curriculum (relations entre enseignant et contenu), ainsi que les interrelations entre ces trois domaines. (*Ibid.*, p.25)

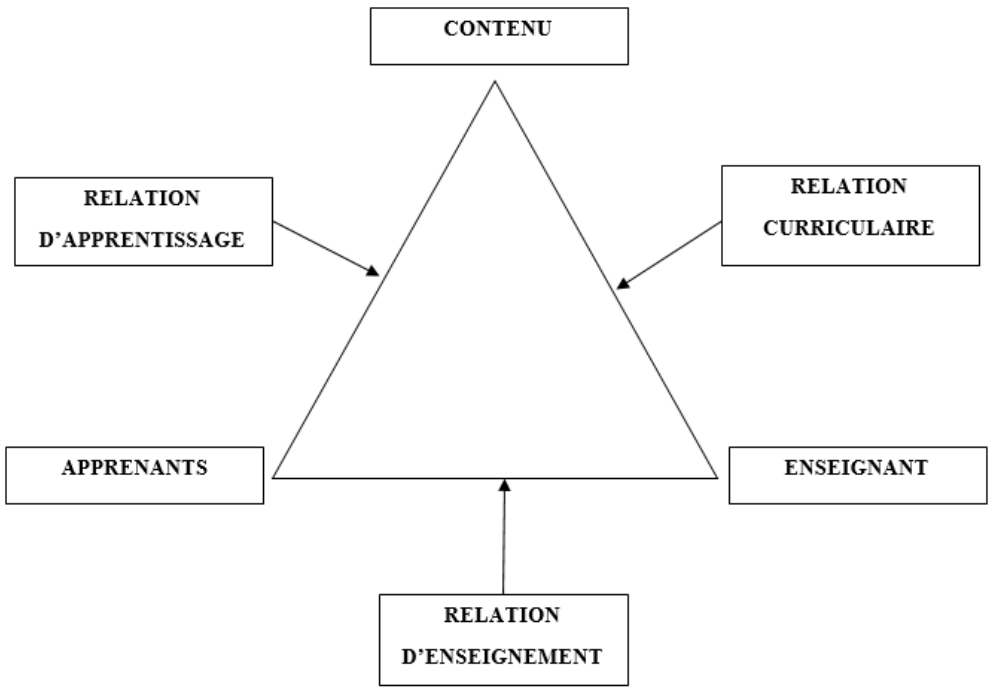


Figure 36 : Triangle de la didactique générale (Germain, 2010, p.25)

Si ces schémas éclairent ce qu'est la didactique générale et les interactions qui lui sont inhérentes, il est nécessaire, dans le cadre de notre étude de présenter une sous-catégorie de la didactique générale, à savoir la didactique des langues-cultures (DLC) :

> Une didactique disciplinaire est appelée à se construire en puisant ses concepts et ses méthodes d'analyse dans la didactique générale, vraisemblablement à la manière dont chaque linguistique particulière (la linguistique française, la linguistique anglaise, etc.) s'est constituée à l'aide des concepts, méthodologiques et descriptifs, de la linguistique générale. (Germain, 2010, p.26)

Même si la DLC trouve ses fondements dans la didactique générale, l'enseignement/apprentissage d'une langue « dépasse l'appropriation d'éléments linguistiques et le développement de compétences, il contribue à la construction de l'individu » (Martinez, 2017, n.p.). Il comprend alors trois types de savoirs fondamentaux qui sont : le savoir (les règles de fonctionnement d'une langue, le lexique, la syntaxe…), le savoir-faire (les moyens à mettre en œuvre pour communiquer) et le savoir-être (le comportement à adopter, la culture propre à la langue) :

> L'enjeu est bien de prendre en compte à la fois les fonctionnements sociaux de la langue, objet d'enseignement et d'apprentissage, et ses fonctionnements plus globalement culturels, notamment dans leurs liens avec les imaginaires collectifs. (Demougin, 2008, p.107)

Il ne s'agit plus, comme dans les méthodes traditionnelles, d'apprendre une langue en se concentrant uniquement sur son fonctionnement linguistique, mais il est désormais nécessaire de prendre en compte la langue dans sa globalité, comme étant un vecteur de messages, tout en gardant à l'esprit les nuances culturelles qui peuvent avoir un impact sur ledit message :

> Apprendre une langue (étrangère ou seconde) va de fait consister pour l'apprenant à élaborer, à partir de son interaction avec le matériau linguistique et langagier contextualisé qu'il rencontre, un nouveau système explicatif, en corrélation interne avec le système de sa langue maternelle (ou de l'usage ordinaire de sa langue), et en corrélation externe avec les systèmes explicatifs de ses interlocuteurs. (*Ibid.*, p.104)

Dans le cadre de notre recherche, la langue-culture à acquérir est bien celle de la consultation médicale, qui requiert des savoirs, savoir-faire et savoir-être particuliers en raison de la spécificité de la situation. Tout ceci induit

des répercussions sur les trois interactions présentes dans le triangle de didactique générale :

- La relation d'enseignement, ou relation pédagogique, se voit modifiée en raison des spécificités propres aux étudiants de médecine.
- La relation d'apprentissage évolue également en fonction du public, car les étudiants comprennent et adhèrent aux raisons qui motivent l'enseignement proposé puisqu'il est censé répondre à leurs besoins académiques et/ou professionnels.
- La relation curriculaire est, dans notre cas, très singulière puisqu'il n'existe pas de texte de référence concernant l'enseignement/apprentissage de la communication de la consultation médicale : le programme a alors été forgé de toutes pièces par l'enseignant, en tenant compte des objectifs en lien avec l'objet d'enseignement/apprentissage :

> Les études curriculaires s'intéressent aux finalités et aux buts de l'enseignement/apprentissage, ainsi qu'aux procédés adaptatifs ou transformationnels des contenus à enseigner. (Germain, 2010, p.29)

À la différence de la DLC, l'analyse des besoins des apprenants est au centre des préoccupations de la didactique de l'anglais de spécialité puisqu'elle va guider l'enseignant dans sa démarche de construction de contenu, visant à mener les étudiants vers l'autonomie langagière en contexte spécifique (Richards & Rodgers, 2001, p.21). Le besoin principal devient alors l'enseignement/apprentissage de contenus répondant aux exigences d'une communauté professionnelle dans laquelle les besoins langagiers passent au second plan (Whyte, 2016). Mais cette analyse des besoins ne saurait être complète sans la prise en compte de facteurs extérieurs tels que l'institution dans laquelle l'enseignement se déroule, l'hétérogénéité du public, ou encore la nuance entre objectif académique et objectif professionnel (Sarré & Whyte, 2016). La didactique de l'anglais de spécialité se trouve alors à la croisée de plusieurs domaines qui aident à la cadrer, à savoir l'anglais de spécialité, les théories didactiques et les méthodologies

d'enseignement/apprentissage lui conférant ainsi un spectre extrêmement large :

> […] the nature of LSP, essentially an eclectic, learner-centered approach to meeting the real language learning needs of both professionals and students in various discourse communities. (Northcott, 2012, n.p.)

Ce brassage de divers champs de réflexion amène le chercheur en didactique de l'anglais de spécialité à repenser la didactisation de son enseignement, en y intégrant l'ensemble de ces nouveaux pôles et de leurs retombées (Figure 37). Tout d'abord, la spécialité enseignée incite à prendre en compte les apprenants (qui ont des besoins relatifs à leurs objectifs académiques et professionnels). Cette même spécialité agit également sur le contenu à dispenser, et sur l'enseignant qui doit envisager de modifier sa méthodologie et ses attentes. Au triangle didactique original s'ajoute le contexte dans lequel se déroule la situation d'enseignement/apprentissage, mais aussi celui dans lequel l'anglais est utilisé. Enfin, la méthodologie mise en place pour répondre aux besoins des apprenants doit correspondre à chacun des éléments précédemment mentionnés : domaine spécialisé, contexte, enseignant, langue et culture de la spécialité et apprenants.

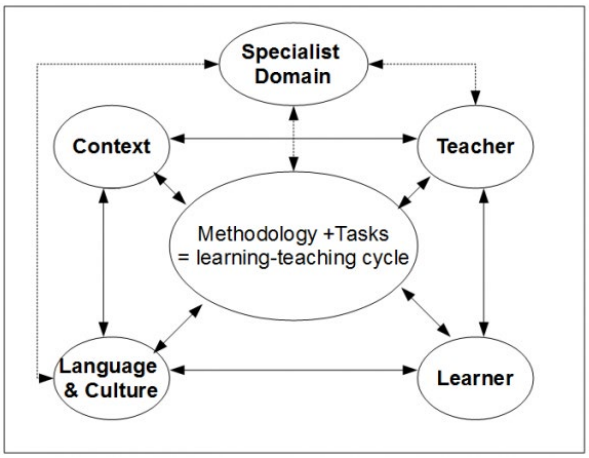


Figure 37 : Modélisation des interactions pour l'enseignement/apprentissage de l'anglais de spécialité (Sarré & Whyte, 2016, n.p.)

La didactique de l'anglais de spécialité trouve, de ce fait, ses racines dans la didactique générale. Toutefois, la singularité des apprenants, ainsi que de leurs besoins en langue, amènent l'enseignant à modifier sa conception de

l'enseignement/apprentissage de l'anglais. Il ne s'agit plus d'un public d'apprenants pour qui l'anglais est l'objectif primaire. Au contraire, l'anglais doit être au service de leur spécialité, la médecine dans notre cas :

> ESP learners do need to develop domain-specific competence in relation to particular discourse events and must also integrate communities of practice relevant to their future professional lives. (Whyte, 2013, p.6)

3.2. Vers un éclectisme didactique de l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale

Les bases de la didactique de l'anglais de spécialité ayant été posées, il est désormais nécessaire d'interroger les théories d'acquisition des langues, dans le but de faire émerger celles qui semblent le plus à même de répondre aux besoins des étudiants de médecine concernant l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale. L'éclectisme « comme principe méthodologique est proposé comme la solution à l'inadaptation des stratégies méthodologiques aux contextes de leur utilisation » (Beacco, 2007, p.41). Les programmes pour l'enseignement des langues en faculté de médecine ne sont pas clairement établis (cf. Introduction générale), mais nous avons expliqué que cette thèse se concentre sur la visée professionnelle de l'anglais médical par le biais de la consultation médicale. Après avoir déconstruit la consultation et fait ressortir les éléments qui la caractérisent (cf. Chapitre 2), il est temps d'étudier les théories et méthodologies qui peuvent être utiles à l'enseignement/apprentissage de la communication de la consultation. Celles-ci doivent répondre aux exigences de l'objectif fixé en amenant les étudiants à acquérir des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être. Ainsi, nous nous concentrerons sur six points : le socioconstructivisme, l'enseignement par la tâche, l'approche communicative, la pragmatique, les neurosciences, et la théorie de la charge cognitive.

3.2.1. L'apprenant : du constructivisme au socio-constructivisme

Le concept d'élève a longtemps renvoyé à une vision passive de celui-ci, qui était vu comme le récepteur d'informations transmises de manière unilatérale par l'enseignant. Au fil du temps, le concept d'apprenant s'est vu modifié et on lui donne désormais une place prépondérante, puisqu'il est considéré comme acteur de son apprentissage : il construit son savoir et développe ses compétences grâce aux interactions qu'il entretient avec les autres.

Le constructivisme est né d'une réponse allant contre le béhaviorisme et a été défini comme étant « an approach to teaching and learning based on the premise that cognition (learning) is the result of mental construction » (Bada, 2015, p.66). Selon Piaget, précurseur dans le domaine, le sujet apprend en s'adaptant à un milieu et c'est en agissant sur le monde qu'il apprend. Le savoir n'est alors pas le facteur important, mais plutôt la manière dont on acquiert le savoir :

> Depuis Piaget, on sait que l'apprentissage n'est pas uniquement un processus à sens unique d'assimilation de faits […]. À l'assimilation doit s'ajouter l'accommodation, c'est à dire la création de nouveaux schémas cognitifs ou la modification de schémas de pensée pour y intégrer les nouveaux stimuli. (Kramsch, 1991, p.75)

Dans cette théorie, Piaget oppose deux concepts : celui de l'assimilation et celui de l'accommodation. L'assimilation correspond à la manière dont les nouvelles informations sont perçues et à la façon de les intégrer aux connaissances existantes ; dans l'assimilation, l'environnement agit sur le sujet. L'accommodation, quant à elle, renvoie à l'utilisation des nouveaux savoirs pour modifier les connaissances existantes afin d'en créer de nouvelles ; ici, l'environnement est modifié par le sujet (Figure 38) :

> The contradiction between the learner's existing understanding and what the learner experiences [which] gives rise to disequilibration which, in turn, leads the learner to question his or her beliefs and to try out new ideas. (Sullivan Palincsar, 2005, p.289)

Ainsi, les nouvelles connaissances agissent sur les connaissances existantes pour les déconstruire et les reconstruire.

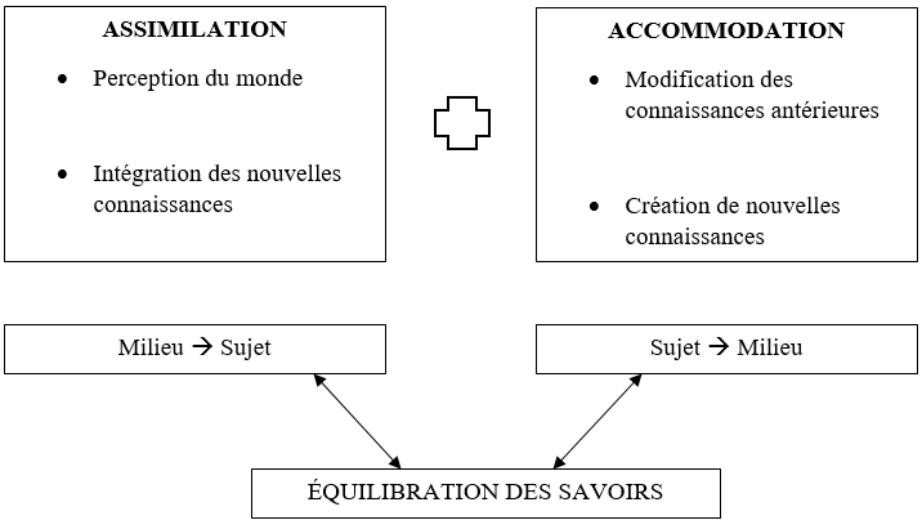


Figure 38 : Schématisation de la construction des savoirs selon Piaget

Un second aspect important de la théorie constructiviste est développé par Kanselaar :

> Constructivism implies that learners are encouraged to construct their own knowledge instead of copying it from an authority […] in realistic situations instead of decontextualized, formal situations […] and together with others instead of on their own. (2002, p.1)

Deux éléments sont très importants dans cette définition : tout d'abord, dans le constructivisme, le savoir semble naître de l'interaction avec les autres. Ainsi, les apprenants sont actifs dans leur processus d'apprentissage puisque cette théorie les place au centre de leur apprentissage. L'enseignant doit alors les placer au centre du processus d'enseignement/apprentissage en tentant de pénétrer leur environnement et leurs représentations mentales. Le deuxième aspect clef de cette théorie est l'accent mis sur l'authenticité des projets, ce qui renvoie aux situations que les étudiants peuvent rencontrer dans la « vraie vie » (Bertin *& al.*, 2010). Ceci est essentiel pour cette recherche ; en effet, en apprenant aux étudiants la manière de mener une consultation en anglais, l'accent est mis sur une situation potentiellement réelle à laquelle ils peuvent être confrontés, que ce soit pendant leurs stages hospitaliers ou lorsqu'ils seront des professionnels qualifiés :

> Un apprentissage ne prend de sens que lorsque l'étudiant perçoit en quoi cet apprentissage lui permet de mieux appréhender la réalité et

> en particulier la réalité sociale qui l'entrave et de pouvoir mieux agir dans et sur cette réalité. (Arthaud, 2009, p.47)

Pour les théoriciens tels que Vygotsky (1934) ou Bandura (1970), l'interaction sociale doit faire partie intégrante du développement du savoir. Ainsi, le socioconstructivisme met l'accent sur le fait que l'intelligence trouve ses origines dans la société ; en d'autres termes, les interactions sociales rendent l'apprentissage possible. La théorie de Vygotsky insiste sur l'importance des interactions et développe le concept de zone proximale de développement qui représente l'écart entre ce qu'un enfant est capable de faire seul et ce qu'il est capable de réaliser lorsqu'il est aidé d'un adulte :

> C'est par l'intermédiaire des autres, par l'intermédiaire de l'adulte que l'enfant s'engage dans ses activités. Absolument tout dans le comportement de l'enfant est fondu, enraciné dans le social. [...] Ainsi, les relations de l'enfant avec la réalité sont dès le début des relations sociales. (Zaporozec *et al.,* 1982-1984, p.281)

Pour Piaget, les interactions avec l'environnement sont principalement physiques, alors que pour Vygotsky elles sont relationnelles. Les implications didactiques sont nombreuses : les savoirs sont donc acquis sous forme d'interaction entre le sujet et l'objet, l'apprentissage se construit à partir des connaissances déjà existantes, et enfin les interactions sociales entre sujets peuvent faciliter l'apprentissage.

La théorie de Bandura, quant à elle, insiste sur le rôle de l'apprentissage par l'observation. Selon Bandura, l'acquisition intervient en trois phases : l'attention discriminative dans laquelle l'observation est influencée par l'observateur et par le modèle observé, la rétention de l'input original et sa modification par le sujet actif qui « transforme, classe et organise les stimuli modèles en schèmes faciles à retenir » (Winnykamen, 1990, p.59) et la reproduction motrice. Cette dernière se consolide en trois étapes : le renforcement externe qui sert de motivation, le renforcement vicariant[6] qui renvoie à la modification et à l'adaptation des comportements du sujet et l'auto-renforcement qui régule les actions du sujet en

[6] L'apprentissage vicariant correspond, dans le contexte scolaire, à ce que l'enfant peut apprendre en marge du discours de l'enseignant : en regardant faire et en écoutant ceux qui savent faire.

anticipant leurs possibles conséquences. Le concept principal de cette théorie tient dans le fait que les actions et réactions d'une personne sont influencées par l'observation des autres :

> Pratiquement tous les phénomènes d'apprentissage par expérience directe surviennent sur une base vicarante, c'est à dire en observant le comportement des autres et les conséquences qui en résultent pour eux. Le fait de pouvoir apprendre par observation rend les gens capables d'acquérir des répertoires comportementaux larges et coordonnés sans avoir à les élaborer graduellement par un processus laborieux d'essais et d'erreurs. (Bandura, 1980, p.19)

Ainsi, selon cette théorie, l'apprentissage se fait par le biais de l'observation et de l'imitation des autres. Par conséquent, une dimension sociale est donnée à l'apprentissage : « l'influence sociale désigne un mécanisme interindividuel susceptible de provoquer des modifications de réponses du sujet influencé » (Winnykamen, 1990, p.93). Ceci permet de moduler le triangle didactique en y intégrant le pôle Groupe (Figure 39).

L'imitation, qui est définie comme étant « l'usage intentionnel de l'action d'un autre pour servir de guide à une activité propre, orientée vers un but » (Winnykamen, 1990, p.12) est un thème central de l'apprentissage social :

> L'imitation, dans sa fonction d'acquisition, suppose une activité cognitive susceptible de conduire à l'émission d'une réponse élaborée grâce au traitement des informations prélevées sur l'activité du modèle. (*Ibid.*, p.94)

Ainsi, permettre aux étudiants d'imiter un modèle de consultation qui leur est proposé peut les aider à acquérir les compétences nécessaires à cet exercice. Généralement, les étudiants de médecine apprennent à mener une consultation en suivant les modèles qu'ils rencontrent à l'hôpital lors de leurs stages pratiques (Horsburgh & Ippolito, 2018) et « l'action imitative consiste en l'utilisation intentionnelle des actions observées d'autrui, en tant que source d'information en vue d'atteindre son propre but » (Winnykamen, 1990, p.105).

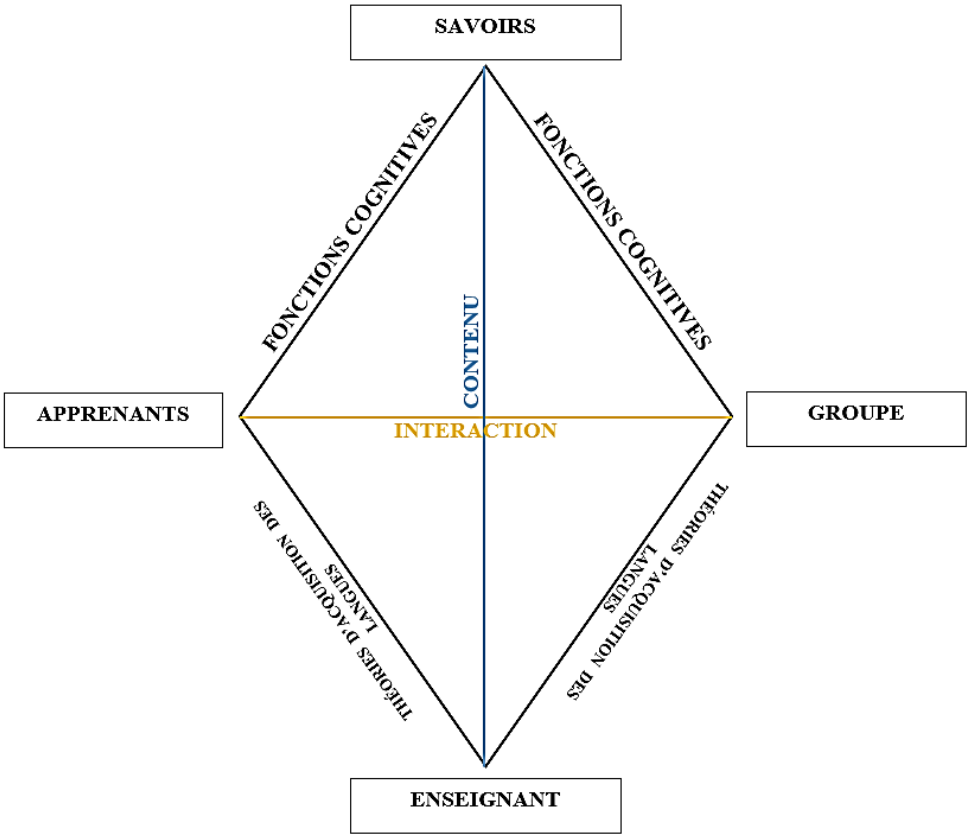


Figure 39 : Nouvelle représentation des interactions en cours d'anglais dans les facultés de médecine (adaptée du triangle didactique)

L'enseignement/apprentissage de la communication de la consultation médicale nécessite de garder à l'esprit que les étudiants doivent acquérir des savoirs (langagiers et médicaux), des savoir-faire (qui concernent la communication de la consultation) et des savoir-être (qui englobent le comportement et la communication non-verbale), créant ainsi un curriculum pluridisciplinaire répondant à l'ensemble des besoins des étudiants. Dans ce cas, lorsque l'on se concentre sur l'apprentissage de la communication de la consultation, les étudiants peuvent bénéficier de l'interaction avec les autres étudiants pour développer de nouvelles connaissances. Nous allons désormais présenter notre travail de réflexion autour de la construction de ce curriculum par l'étude de théories et de méthodologies en lien avec l'enseignement/apprentissage.

3.2.2. L'enseignement/apprentissage de la communication de la consultation médicale par la tâche

L'apprentissage par la tâche (*Task-Based Language Teaching - TBLT*) renvoie à la résolution de tâches pour l'apprentissage d'une langue et semble se rapprocher de la perspective actionnelle décrite par le Cadre Européen Commun de Référence pour les Langues (CECRL) qui considère :

> […] l'usager et l'apprenant d'une langue comme des acteurs sociaux ayant à accomplir des tâches (qui ne sont pas seulement langagières) dans des circonstances et un environnement donné, à l'intérieur d'un domaine d'action particulier. Si les actes de parole se réalisent dans des activités langagières, celles-ci s'inscrivent elles-mêmes à l'intérieur d'actions en contexte social qui seules leur donnent leur pleine signification. (Conseil de l'Europe, 2001, p.15)

Il semble cependant nécessaire de définir le concept de tâche. Le CECRL la présente comme une :

> Visée actionnelle que l'acteur se représente comme devant parvenir à un résultat donné en fonction d'un problème à résoudre, d'une obligation à remplir, d'un but qu'on s'est fixé. (*Ibid.*, p.16)

Ellis en propose une définition selon quatre critères :

> 1- The primary focus should be on meaning;
> 2- there should be some kind of gap;
> 3- learners should largely have to rely on their own resources;
> 4- there is a clearly defined outcome. (2012, p.198)

Cette définition succincte a ensuite été approfondie et la tâche est désormais comprise comme une activité de communication qui renvoie nécessairement au monde réel :

> Tasks […] are the real-world communicative uses to which learners will put the L2 beyond the classroom […]. The real-world tasks may be required […] for occupational purposes, either in the home country, for example, while employed in the tourist industry, welcoming and checking in hotel guests, renting surf boards, or leading a guided tour, or overseas, for example, while stationed at an embassy, interviewing visa applicants, issuing instructions to security personnel, or delivering an after-dinner speech. Whatever their main purpose and whether short or long term (including immigration to a new country), overseas stays will usually also

> involve a variety of "social survival" tasks, such as following street directions, using public transport, opening a bank account, renting an apartment, taking a driver's test, visiting a doctor, or registering a child for school. (Long, 2016, p.6)

Il convient pourtant de faire une nuance entre deux types de tâche : la tâche pédagogique qui fait référence au travail effectué en classe, et la tâche cible (*target task*) qui renvoie à l'utilisation de la langue dans une situation de vie réelle en dehors de la classe (Nunan, 2009).

Dans le cadre de notre recherche, l'objectif de la tâche cible est clair puisqu'il s'agit d'amener les étudiants à mener une consultation complète en anglais. Également, puisque la majorité des étudiants apprend l'anglais depuis au moins sept ans (cf. Figure 16), ils doivent être capables de mobiliser leurs connaissances existantes en anglais pour réaliser cette tâche : « [TBLT] takes the learners' immediate personal experience as the point of departure for the learning experience » (*Ibid.*, p.12). L'idée d'expérience personnelle doit, bien entendu, inclure les connaissances en anglais, mais elle doit également compter les connaissances médicales. L'apprentissage par la tâche n'est donc pas un simple apprentissage de la langue à des fins scolaires, l'objectif est bien, pour les étudiants, de réutiliser les apprentissages faits en classe dans des situations de vie courante où la correction grammaticale n'est pas le point principal : « tasks involve communicative language use in which the user's attention is focused on meaning rather than linguistic structure » (Nunan, 1989, p.10). La langue est vectrice de messages et permet de communiquer dans une situation réelle :

> The difference is that attention to grammar (or phonology, lexis, collocations, pragmatics, etc.) is not carried out as a separate activity, as an end in itself (focus on forms), but *during* (and if necessary after, but not before) task work, as part of the *methodology* of TBLT. (Long, 2016, p.17)

Enfin, l'apprentissage par la tâche doit être considéré comme une approche globale de l'enseignement/apprentissage qui crée un partenariat entre l'enseignant et l'étudiant, et dont le but est de savoir communiquer ; « le professeur ne devra […] pas négliger de créer un climat où les étudiants se sentiront à l'aise » (Narcy, 1990, p.70). Ainsi, en adoptant l'apprentissage par la

tâche, il est nécessaire de garder à l'esprit que les étudiants sont engagés dans leur éducation et l'enseignant doit agir à la fois en tant que guide et en tant que tuteur. Dans ce sens, l'enseignant d'anglais devient un médiateur en mettant en place cette stratégie d'apprentissage, mais il est également considéré comme chercheur puisqu'il doit porter un regard critique sur son enseignement en évaluant les réalisations des étudiants (Van den Branden, 2016).

Dans le cadre de notre recherche, il est nécessaire de mettre en lumière les différentes étapes constitutives de la consultation qui doivent être travaillées sous forme de micro-tâches par opposition à la macro-tâche qui est la consultation complète : « the form of *pedagogic tasks*—initially simple, progressively more complex approximations to the original target tasks » (Long, 2016, p.7). Chaque étape de la consultation doit être isolée, explicitée, analysée et travaillée sous forme de micro-tâche afin que les étudiants maîtrisent chacune d'entre elles, pour enfin être capables de mener une consultation complète en anglais. La déconstruction de la consultation (cf. 2.2) a révélé le caractère mécanique du déroulement d'une consultation médicale. Celle-ci est divisée en étapes, que nous rappelons ici :

- accueil du patient ;
- recueil d'informations ;
- examen clinique ;
- explication et planification ;
- fin de l'entretien.

Ces différentes sous-parties de la consultation médicales sont à envisager comme les micro-tâches du curriculum. La modélisation de l'apprentissage par la tâche de Nunan (2009) aide à mieux comprendre comment les micro-tâches sont créées (Figure 40).

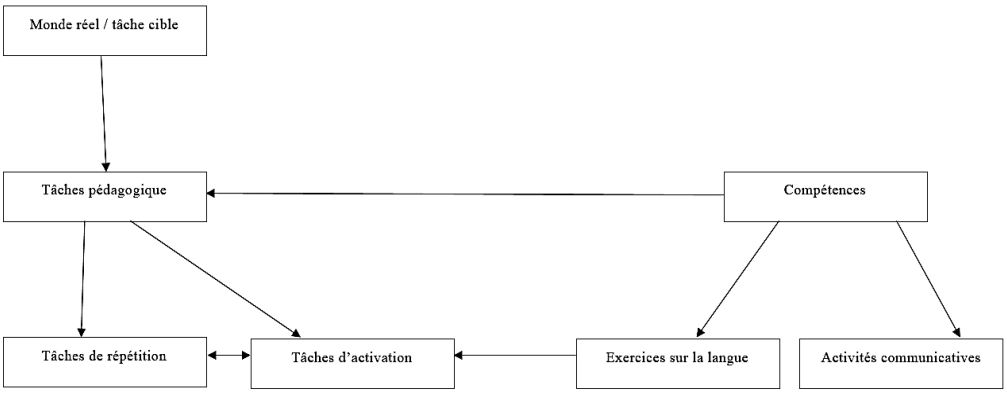


Figure 40 : Modélisation de l'apprentissage par la tâche (adaptée de Nunan, 2009)

Tout d'abord, ce schéma montre que la première étape dans l'élaboration d'une micro-tâche est de commencer par la tâche cible, autrement dit la macro-tâche, en suivant une démarche *top-down*. Pour mettre en exergue les différentes étapes menant à la conception complète d'une micro-tâche, l'exemple de la tâche « prise d'antécédents » en lien avec nos travaux est utilisé.

Cette partie de la consultation comprend cinq sous-parties : les symptômes actuels du patient, les antécédents médicaux, les antécédents familiaux, les antécédents sociaux et les antécédents professionnels. Chacune de ces sous-parties est à considérer comme une micro-tâche dans la micro-tâche. Afin de maîtriser cette micro-tâche dans sa globalité, on attend des étudiants qu'ils travaillent sur chacune des étapes (chacune des sous-parties) pour mener une prise d'antécédents efficace ; ceci apparaît dans la Figure 40 sous l'appellation tâche pédagogique.

Pour aider les étudiants à mener cette tâche à bien, il est nécessaire de définir les compétences en lien avec celle-ci. Selon la modélisation de Nunan, deux types d'activités sont à mettre en place pour aider les étudiants à devenir compétents et autonomes : ils ont besoin d'exercices sur la langue pour se concentrer sur la compétence linguistique et d'activités communicatives pour travailler les savoir-faire et savoir-être communicationnels.

Les exercices linguistiques englobent les savoirs langagiers et médicaux. Ici, l'enseignant crée des activités permettant aux étudiants de travailler sur la langue, mais aussi sur leurs savoirs médicaux. En ciblant clairement ces deux

points, il amène les étudiants à utiliser ou à approfondir leurs savoirs linguistiques en les mettant en lien avec leurs savoirs médicaux ; ceci s'apparente aux tâches d'activation. Dans le cadre de la prise d'antécédents, les étudiants doivent être en mesure de poser des questions, de comprendre et d'utiliser les nombres et les unités de mesure qui, dans ce cas, sont en lien avec le savoir médical.

Les activités communicatives font référence à la fois aux savoir-faire et aux savoir-être communicationnels, qui regroupent la capacité à communiquer verbalement, mais aussi de manière non-verbale. Pour les travailler, l'enseignant met en place des travaux en binôme axant le travail sur ces deux éléments, ce qui s'apparente aux tâches de répétition. Lorsque l'on travaille la prise d'antécédents, les étudiants doivent prendre conscience du fait que leur comportement favorise la construction d'une relation de confiance avec le patient, ce qui peut affecter la communication entre eux. Le patient doit se sentir à l'aise pour partager des informations sensibles sur sa santé, facilitant ainsi la communication.

Enfin, après avoir pris le temps de travailler efficacement les tâches de répétition, l'enseignant demande aux étudiants de mettre en scène la micro-tâche. La modélisation de Nunan a été reproduite en y ajoutant ce qui vient d'être explicité (Figure 41).

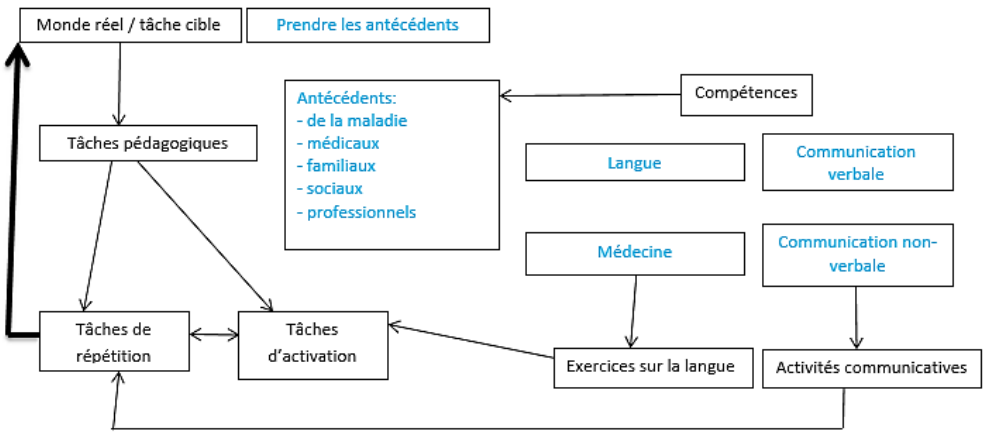


Figure 41 : Adaptation de la modélisation de Nunan (2009) pour l'apprentissage de la communication pour la consultation

Ces explications ont pour but d'expliciter la création des micro-tâches pour qu'elles soient aussi exhaustives et pertinentes que possible. Cependant, afin de guider la création du programme, il semble utile de citer les cinq principes qui permettent de mettre en exergue ce que la tâche doit cibler. Ces principes sont :

> 1. There should be exposure to worthwhile and authentic language.
> 2. There should be use of language.
> 3. Tasks should motivate learners to engage in language use.
> 4. There should be a focus on language at some points in a task cycle.
> 5. The focus on language should be more or less prominent at different times. (Willis, cité dans Skehan, 1998, p.126)

Ceci démontre que la langue, qui est un élément clef de la tâche, doit rester l'élément central du curriculum, mais ne saurait se soustraire à un travail sur la communication.

3.2.3. L'enseignement/apprentissage de la communication par l'approche communicative

L'approche communicative est apparue comme un rejet des précédentes méthodologies qui se concentraient principalement sur la linguistique théorique, telles que la méthode audio-orale. Dans l'approche communicative, l'accent est mis sur la langue en tant qu'instrument de communication pour les interactions sociales :

> Dans cette perspective, savoir communiquer signifierait être en mesure de produire des énoncés linguistiques conformes, d'une part, à l'intention de communication (comme demander une permission, etc.) et, d'autre part, à la situation de communication (statut, rang social de l'interlocuteur, etc.). (Germain, 1993, p.203)

Plusieurs compétences entrent en jeu dans le domaine de la communication selon l'approche communicative : la compétence linguistique, la compétence sociolinguistique qui vise à sensibiliser aux règles sociales d'utilisation d'une langue, la compétence discursive qui s'adapte aux différents types de discours et la compétence stratégique, qui est la capacité d'outrepasser ses lacunes (Berard, 1991, p.28). Pourtant, la langue apparaît comme un vecteur de transmission

d'informations et l'accent est désormais mis sur le message transmis plutôt que sur la correction grammaticale :

> CLT [Communicative Language Teaching] is a meaning-based, learner-centered approach to L2 teaching where fluency is given priority over accuracy and the emphasis is on the comprehension and production of messages, not the teaching or correction of language form. (Spada, 2007, p.272)

Ainsi, un des objectifs de l'approche communicative est de développer l'aisance à communiquer (*fluency*) chez les étudiants par opposition aux méthodes plus traditionnelles qui se concentrent sur la précision de la langue (*accuracy*) :

> Fluency is developed by creating classroom activities in which students must negotiate meaning, use communication strategies, correct misunderstandings, and work to avoid communication breakdowns. Fluency practice can be contrasted with accuracy practice, which focuses on creating correct examples of language use. (Richards, 2006, p.14)

Ceci amène à la question de la correction linguistique et à la distinction entre erreurs et fautes. En DLC, les erreurs « relèvent d'une méconnaissance de la règle de fonctionnement » (Marquilló Larruy, 2003, p.120), ce qui renvoie à une mauvaise utilisation de la langue. Les fautes, elles, correspondent à « des erreurs de type (lapsus) inattention/fatigue que l'apprenant peut corriger (oubli des marques de pluriel, alors que le mécanisme est maîtrisé) » (*Ibid.*, p.120). Ainsi, l'erreur fait partie du processus d'apprentissage, tandis que la faute reflète la mauvaise utilisation du système supposément connu. Toutefois, les erreurs et/ou les fautes font parties du processus d'apprentissage et donnent des indications sur le degré d'assimilation et de familiarisation des savoirs par celui qui les commet. Demirtas suggère trois types d'erreurs sur lesquelles l'enseignant de langue doit travailler afin d'aider les apprenants à maîtriser la correction linguistique :

- Les erreurs qui affectent l'intelligibilité du message : il s'agit des erreurs ayant un impact négatif sur la compréhension de l'énoncé ;
- Les erreurs qui sont fréquentes : ce sont les erreurs commises par un seul apprenant ou bien les erreurs communes d'un groupe d'apprenants ;

- Les erreurs qui sont jugées irritantes : il est question des erreurs qui peuvent provoquer des réactions négatives de la part des natifs. (Demirtaş & Gümüş, 2009, p.132)

Par conséquent, nous pouvons nous demander où placer la limite entre l'erreur qui stoppe la communication et celle qui ne l'arrête pas. *My Grammar and I (or Should that be me?)* (Taggart & Wines, 2011) propose de nombreux exemples de fautes récurrentes chez les anglophones, puis explique la structure correcte. Parmi les fautes les plus fréquentes se trouvent les noms dont la forme plurielle fonctionne comme un singulier (*mumps*), ou encore l'utilisation des pronoms (qu'ils soient compléments ou sujet, comme le montre le titre de l'ouvrage, mais aussi l'utilisation des relatifs avec *whom*). Il semble alors difficile d'attendre des étudiants de médecine français, pour qui l'anglais n'est qu'une matière secondaire, qu'ils ne fassent aucune erreur : « les capacités de communication incluent les aptitudes linguistiques mais l'inverse n'est pas vrai » (Widdowson, 1991, p.79). En effet, être conscient de la correction grammaticale ne signifie pas que l'on soit en mesure de communiquer, cela signifie simplement que l'étudiant connait la règle mais pas nécessairement qu'il sait l'appliquer. Toutefois, la correction grammaticale est constitutive de la communication, puisqu'elle peut la freiner. Ainsi, un certain degré de correction grammaticale est nécessaire à la bonne communication entre deux personnes.

Le schéma de pyramide inversée proposé par Savignon (1983) peut alors être modifié pour dresser le bilan des compétences à acquérir selon l'approche communicative (Figure 42). Elles incluent la compétence stratégique d'adaptation pour pallier les manques langagiers, la compétence discursive qui renvoie à *fluency*, la compétence sociolinguistique qui vise à savoir adapter son discours à la situation et enfin la compétence linguistique qui renvoie à *accuracy*. Traditionnellement, l'aisance à l'oral (*spoken fluency*) est mesurée selon ces caractéristiques :

- Coherence: is the contribution relevant and does it 'make sense'?
- Hesitancy: are pauses and hesitations too frequent?
- Long turns: does the speaker produce longer stretches of talk?
- Flexibility: does the speaker use vocabulary in a flexible and varied way?

- Automaticity: including the ability to retrieve and use a repertoire of chunks or fixed formulae. (Walsh, 2010, p.335)

Il est nécessaire de préciser que dans notre acceptation de l'approche communicative, l'importance donnée à la compétence linguistique est moins grande que celle donnée aux autres puisque celle-ci passe au second plan dans la construction des savoirs (cette partie du schéma est donc plus petite que les autres). En effet, lorsqu'un médecin francophone s'exprime face à un patient étranger, le plus important est bien le message à transmettre : on n'attend ni du médecin, ni du patient, qu'ils parlent un anglais linguistiquement correct ; le principal est que le message passe et que la communication ne soit pas interrompue. La partie supérieure de cette pyramide renvoie à différents contextes comme celui de la situation d'apprentissage, à l'enseignant, au public d'apprenants et à leurs objectifs. Un autre point essentiel de cette méthodologie est le fait qu'elle soit centrée sur l'apprenant et ses besoins, raison pour laquelle leurs besoins ont été énoncés précédemment.

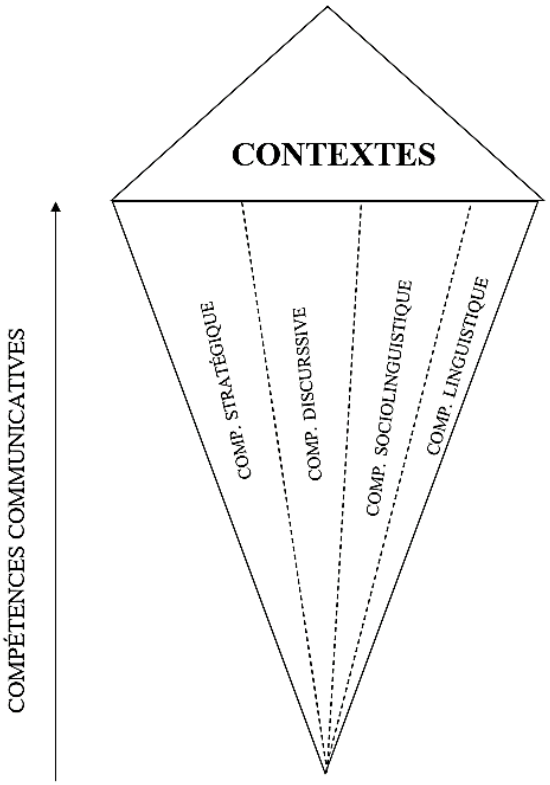


Figure 42 : Schéma modifié de la pyramide inversée de Savignon (1983)

Afin de dresser le bilan de l'approche communicative, nous proposons de citer les dix éléments caractéristiques de cette approche selon Richards :

> 1. Second language learning is facilitated when learners are engaged in interaction and meaningful communication;
> 2. Effective classroom learning tasks and exercises provide opportunities for students to negotiate meaning, expand their language resources, notice how language is used, and take part in meaningful interpersonal exchange;
> 3. Meaningful communication results from students processing content that is relevant, purposeful, interesting, and engaging;
> 4. Communication is a holistic process that often calls upon the use of several language skills or modalities;
> 5. Language learning is facilitated both by activities that involve inductive or discovery learning of underlying rules of language use and organization, as well as by those involving language analysis and reflection;
> 6. Language learning is a gradual process that involves creative use of language, and trial and error. Although errors are a normal product of learning, the ultimate goal of learning is to be able to use the new language both accurately and fluently;
> 7. Learners develop their own routes to language learning, progress at different rates, and have different needs and motivations for language learning;
> 8. Successful language learning involves the use of effective learning and communication strategies;
> 9. The role of the teacher in the language classroom is that of a facilitator, who creates a classroom climate conducive to language learning and provides opportunities for students to use and practice the language and to reflect on language use and language learning;
> 10. The classroom is a community where learners learn through collaboration and sharing. (2006, p.22)

Ces caractéristiques insistent bien sur les différents points essentiels de l'approche communicative, à savoir l'apprentissage progressif d'une communication qui a du sens pour l'apprenant, les différentes compétences nécessaires à l'acquisition de la communication, la position centrale de l'apprenant dans son parcours d'apprentissage, la position en retrait de l'enseignant qui n'est là que pour guider, et enfin l'importance de l'interaction et des activités pour favoriser la motivation et la mémorisation des étudiants.

3.2.4. La pragmatique au service de l'enseignement/apprentissage de la communication interculturelle

La pragmatique se définit comme l'étude du langage parlé, en tenant compte de ses pratiques, de ses conventions, et de la manière dont le sens est créé dans les interactions entre individus (Kecskes, 2017). La pragmatique se veut ambivalente dans le sens où elle explique que la culture forge la manière dont la langue est utilisée, mais aussi que la manière dont la langue est utilisée crée la culture. Les recherches dans ce domaine ont mis en avant le lien entre la signification d'un énoncé et le contexte dans lequel cet énoncé est produit. Toutefois, le contexte ne se limite pas au moment ou à l'endroit où l'énoncé est produit, mais inclut également les sphères physiques, sociales, interactionnelles, institutionnelles, politiques ou historiques (Young, 2019, n.p.).

De ce courant a découlé la pragmatique interculturelle qui se concentre sur les interactions entre individus aux cultures et langues maternelles différentes. Elle se définit comme :

> An inquiry that is about how the language system is put to use in social encounters between human beings who have different first languages, communicate in a common language, and usually, represent different cultures. (Kecskes, 2017, p.401)

Dans une situation de communication interculturelle, les échanges se forgent grâce à un mélange de normes communicationnelles faisant référence aux normes propres à chaque individu :

> Speakers have a 'repertoire' of varieties of styles and a combination of styles which are deployed according to communicative needs in the changing context. (*Ibid.*, p.402)

Toutefois, il ne s'agit pas uniquement de s'appuyer sur des connaissances de la culture de l'autre :

> Rather, it is the ability to establish a particular perceptual condition that enables communication competence to be exercised. (Bennett, 2017, n.p.)

La pragmatique interculturelle va donc de pair avec la pragmatique interlangagière qui s'intéresse à l'acquisition de normes pragmatiques dans la langue cible. En ce sens, l'accent est mis sur la capacité à gérer :

> Interaction across cultural boundaries, to anticipate misunderstandings caused by difference in values, meanings and beliefs, and to cope with the affective as well as cognitive demands of engagement with otherness. (Byram, 1997, p.25)

La pragmatique interculturelle se concentre ainsi sur des processus de co-construction interactionnelle dans des situations de la vie courante (Mondada, 2012). Elle étudie des séquences communicatives (*events*) pas seulement du point de vue de la langue, mais aussi en tenant compte du cadre situationnel dans lequel se déroule l'interaction, et du rapport entre les interlocuteurs. Le rapport renvoie aux stratégies paralinguistiques telles que le comportement non-verbal (Tannen, 1986). Ainsi, la pragmatique interculturelle cherche à identifier des situations de communication dans lesquelles la création d'une relation entre deux individus résulte de facteurs culturels et personnels (Crawshaw, 2017, p.28).

Mustajoki (2017) s'est intéressé à des conversations au sein desquelles les deux participants utilisent l'anglais comme *lingua franca* pour pallier leurs différences culturelles et linguistiques. Ses analyses ont révélé les techniques qui étaient souvent employées pour faciliter les échanges dans ce genre de situation :

> - dropping the third person *-s* in verbs (e.g. *he want to see you*);
> - treating *who* and *which* as interchangeable relative pronouns (e.g. *a person which, a book who*);
> - weak attention to rules of using definite and indefinite articles and in omitting them;
> - non-traditional use of some prepositions, especially *about* (e.g. *to study about English; to comment about weather*);
> - extensive use of basic verbs like *have, make, put, take*;
> - extensive redundancy (e.g. *how long time* instead of *how long*);
> - preference for infinitives over gerunds (e.g. *I look forward to see you tomorrow* instead of *I look forward to seeing you tomorrow*). (p.62)

La pragmatique interculturelle nous permet donc d'envisager la communication sous un angle différent, celui de l'échange interculturel. Il s'agit alors, pour les interlocuteurs, de trouver des stratégies compensatoires qui vont leur permettre de faire évoluer la conversation pour que le message qu'ils souhaitent faire passer soit entendu et compris (Bara, 2011), sans nécessairement tenir compte d'une exactitude linguistique.

3.2.5. L'enseignement/apprentissage du lexique

Les neurosciences s'appuient sur la neurologie, la psychologie et la biologie. Même si la complexité de ces théories peut rendre difficile leur application aux pratiques éducatives, certains fondements neuroscientifiques permettent d'éclairer la manière dont le cerveau fonctionne en matière d'apprentissage (Ferrari & McBride, 2011, p.93). Ainsi, les neurosciences :

> […] visent à mieux comprendre l'apprentissage et le développement cognitif […] afin que l'enseignement puisse répondre aux besoins des apprenants de manière efficace. (Toscani & Restrepo, 2017, p.9)

La mémorisation est un phénomène central dans les théories de neuro-apprentissage qui reconnaissent trois types de mémoire : la mémoire de travail, qui « implique le maintien temporaire (quelques secondes) d'informations, ainsi que leur traitement » (Bauer & Varga, 2016, p. 136), la mémoire sémantique qui « constitue notre répertoire de connaissances du monde (par exemple, à quoi sert un objet, la signification d'un mot, etc.) (*Ibid.*, p. 139) et enfin la mémoire épisodique qui correspond à « la rétention d'informations relatives à des événements uniques qui peuvent être localisés à un endroit particulier et à un moment donné » (*Ibid.*, p.137). Les recherches sur les neuro-apprentissages (Stordeur, 2015 ; Thomas, Chandès & Hazif-Thomas, 2016 ; Toscani & Restrepo, 2017) révèlent que la répétition d'un geste ou d'un mot est un élément-clef dans la construction de la mémoire (Figure 43).

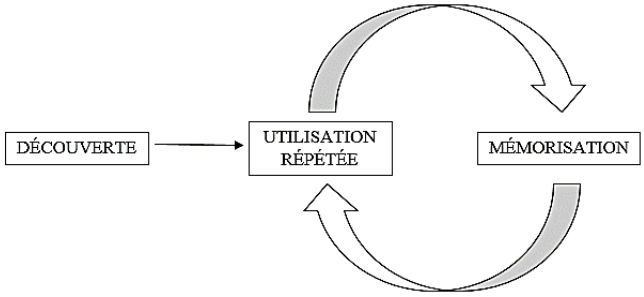


Figure 43 : Schématisation du fonctionnement du processus de mémorisation

Dans le contexte de l'enseignement/apprentissage des langues, et plus particulièrement du lexique, ce principe pourrait également être applicable en acceptant l'idée selon laquelle l'apprentissage du lexique est un « processus cognitif […] [qui] se traduit par […] la mise en place de conduites « automatisées » (au sens d'« habituelles ») d'utilisation de ces unités » (Holec, 1994, n.p.). La répétition de mots aiderait alors à les mémoriser et à créer de nouvelles connexions neuronales visant à les rendre utilisables par l'apprenant ; « plus une unité [lexicale] dispose de connexions nombreuses et fortes, mieux elle s'intégrera dans le lexique mental, et sera facilement récupérée » (Boulton, 1998, n.p.).

Les recherches sur l'acquisition du lexique ont établi cinq stratégies opérant à deux niveaux différents (Schmitt, 2000) : les stratégies de découverte du lexique qui englobent les stratégies de détermination et les stratégies sociales, et les stratégies de consolidation des acquis qui comprennent les stratégies mémorielle, cognitive et métacognitive (Figure 44). La stratégie de détermination est de manière générale individuelle puisqu'elle s'appuie sur la motivation des apprenants à acquérir du vocabulaire nouveau. La stratégie sociale s'appuie sur l'interaction entre les apprenants. La stratégie mémorielle se fonde sur les connaissances existantes des apprenants afin d'en construire de nouvelles. La stratégie cognitive est d'ordre mécanique et physiologique. La stratégie métacognitive inclut les processus d'encadrement et d'évaluation.

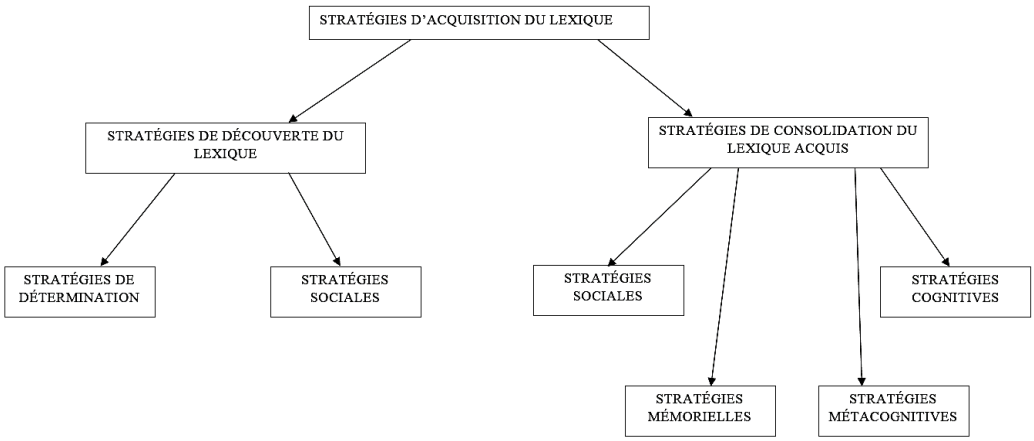


Figure 44 : Représentation des différents niveaux de stratégies d'acquisition du lexique (adapté de Schmitt, 2000)

Un des objectifs communicationnels de cette recherche étant l'enseignement/apprentissage du lexique, il est nécessaire de faire un point sur les recherches dans ce domaine. Il convient toutefois de rappeler en amont le type de lexique à acquérir dans le cadre de cette étude. La communication de la consultation médicale favorise l'emploi du lexique médical spécialisé et du lexique médical courant (cf. 2.4.4) Le lexique courant s'apparente au lexique à haute fréquence (« high frequency words are a small group of words most used everyday […]. They cover 85 % of the words likely to be encountered » (Lockhart, 2016, p.101) et le lexique spécialisé se comprend comme suit :

> Technical words are those specialized words associated with a particular field (law, accounting, engineering, etc.). In relation to their relevant fields they are considered to be high frequency words, but in general, they are usually considered low frequency (*Ibid.*, p.102)

Il apparaît alors que l'acquisition du lexique nécessite plusieurs plans et plusieurs types d'interventions. Les neurosciences expliquent le fonctionnement physiologique des stratégies cognitives et métacognitives, mais l'apprenant, tout comme l'enseignant, a un rôle à jouer dans l'enseignement/apprentissage du lexique. L'enseignant doit veiller à construire son enseignement avec soin, afin de favoriser un rebrassage constant et systématique des différentes unités lexicales nécessaires à l'apprentissage de la langue, puisque la mémoire lexicale se construit grâce à des :

> Rencontres statistiquement importantes, ce qui signifie que ce sont les mots entendus et utilisés le plus souvent par l'environnement qui peuvent être perçus, peu à peu compris et enfin utilisés. (Stordeur, 2015, p.68)

Cependant, un autre facteur entre en compte dans la mémorisation des apprentissages selon cette classification des stratégies d'acquisition du lexique, à savoir le ressenti et le vécu émotionnel de l'apprenant :

> La mémoire s'élabore grâce aux apprentissages et ceux-ci persistent grâce à elle. La mémorisation d'un événement ou d'une information est susceptible d'être améliorée par un état émotionnel fort. Les émotions ont un effet sur chacun des stades de la mémorisation : l'encodage, la consolidation, et la récupération des informations. (Toscani & Restrepo, 2017, p.83)

Les émotions sont généralement expliquées comme étant :

> Des phénomènes physiques en réaction à des situations, sous forme de réseaux neuronaux inconscients, dont le rôle initial était probablement d'assurer la survie de l'espèce. (Narcy-Combes, J.P. & Narcy-Combes, M.F., 2019, p.193)

Mais dans le cadre des neuro-apprentissages, les émotions renvoient à la motivation à apprendre, qui peut être expliquée par des choix comportementaux individuels comprenant :

> - the *choice* of a particular action,
> - the *persistence* with it,
> - the *effort* expended on it.
>
> In other words, motivation is responsible for
> - *why* people decide to do something,
> - *how long* they are willing to sustain the activity,
> - *how hard* they are going to pursue it. (Dörnyei & Ushioda, 2011, p.4)

La motivation a traditionnellement été divisée entre motivation extrinsèque renvoyant aux facteurs externes (comme les récompenses) et motivation intrinsèque, qui correspond aux raisons personnelles d'apprendre (Toscani & Restrepo, 2017, p.83). Il faut donc mettre en place, au sein de la classe, un climat visant à favoriser la motivation des étudiants :

> Il convient de créer ou maintenir un contexte propice, répondre aux demandes, stimuler les comportements, l'engagement et la manière

> de s'y prendre et d'accompagner les apprenants de façon valorisante.
> (Narcy-Combes, J.P. & Narcy-Combes, M.F., 2019, p.201)

Ces points doivent être gardés en mémoire à la fois lors de la création du programme d'apprentissage et lors des cours dispensés ; le tout doit activer positivement la motivation des étudiants, et ainsi leur adhésion au projet d'enseignement/apprentissage.

3.2.6. Théorie de la charge cognitive

La théorie de la charge cognitive repose sur l'hypothèse que l'acquisition de schémas propres à un domaine est le seul objectif de toute tâche pédagogique (Sweller, Ayres & Kalyuga, 2011). Dans cette perspective, la charge cognitive peut être considérée comme l'intensité de l'activité cognitive requise pour atteindre un objectif spécifique. Elle est déterminée par l'ensemble des processus cognitifs qui doivent être exécutés dans un même laps de temps pour atteindre cet objectif (Sweller, 1994, 2010 ; Kalyuga & Singh, 2016).

Ces processus incluent, entre autres, la mise en lien de différentes représentations, le blocage d'informations non pertinentes, l'organisation de mots et d'images, la sélection ou l'encodage de leurs composants, et leur intégration avec des connaissances préalables (Kalyuga & Singh, 2016, p.836). Ainsi, la charge cognitive est la charge totale imposée à la mémoire de travail par le matériel pédagogique dans le contexte des connaissances préalables de l'apprenant (Ayres, 2018 ; Kalyuga & Plass, 2018).
De ce fait, les objectifs spécifiques des activités deviennent un point essentiel de la théorie de la charge cognitive. Alors que l'acquisition de schémas complexes représente l'objectif global (macro-tâche), les micro-tâches servant à la réalisation de la macro-tâche peuvent avoir des objectifs différents. Le choix des méthodes d'enseignement optimales dépend alors de ces objectifs spécifiques plutôt que de l'objectif générique global (Kalyuga & Singh, 2016, p.838). Les objectifs des micro-tâches peuvent ainsi impliquer la motivation et l'engagement des apprenants, l'activation de

leurs connaissances préalables, l'acquisition de schémas de solution spécifiques pour les micro-tâches, l'automatisation des schémas acquis ou l'acquisition d'un schéma de solution généralisé adapté à la résolution d'une classe plus large de problèmes (*Ibid.*, p.839).

La motivation est une des pierres angulaires de la théorie de la charge cognitive puisqu'elle part du principe que pour qu'un enseignement efficace ait lieu, l'apprenant doit être suffisamment motivé pour investir l'effort mental nécessaire pour répondre aux exigences imposées par la tâche (Van Merriënboer & Sweller, 2005). Cette forte motivation vient de la perception que l'étudiant a de la valeur de la tâche, de sa capacité à la réaliser et du degré de contrôle qu'il a sur le déroulement de son exécution (Houart, 2017, p.3). Pour accroître cette motivation, il est nécessaire d'envisager en amont les facteurs qui peuvent l'influencer. Outre la définition d'un objectif spécifique répondant aux besoins des étudiants, Salomon (1984) explique que les apprenants ont souvent des préconceptions sur la méthodologie employée par l'enseignant dans le but de les faire atteindre l'objectif final de la formation. Le choix d'utilisation de matériel pédagogique peut alors venir contrecarrer ces préconceptions et modifier le schéma cognitif de l'apprentissage. Cennamo, Savenye & Smith (1991) ont analysé les idées préconçues des apprenants concernant les résultats de l'apprentissage par la télévision, la presse écrite, les vidéos interactives et les ordinateurs. Ils ont également identifié une interaction entre le support utilisé pour présenter un contenu identique et les résultats d'apprentissage des participants. Au terme de leur étude, il est apparu que les participants avaient plus de difficultés à apprendre à partir de livres et d'ordinateurs qu'à partir de la télévision et de vidéos interactives.

Par conséquent, l'apprentissage selon la théorie de la charge cognitive s'opère par le biais de trois facteurs : les caractéristiques du support d'enseignement, la nature de la tâche, et les caractéristiques de l'apprenant telles que les connaissances préalables (Cennamo, 1993). L'évaluation et les conséquences du poids de la charge cognitive sur les participants et leur apprentissage pourront ainsi apporter un éclairage supplémentaire à notre

étude. Pour l'heure, nous allons nous tourner vers l'évaluation de la compétence communicationnelle dans le contexte de la consultation médicale.

3.3. Évaluation de la compétence communicative

Nous avons jusqu'à présent introduit les diverses théories et méthodologies visant l'acquisition de la compétence communicative pour la consultation médicale. Il convient désormais de s'intéresser à la manière dont celle-ci peut être évaluée, puisque l'évaluation reste l'aboutissemement de toute démarche d'enseignement/apprentissage.

3.3.1. Apport des professionnels du terrain pour l'évaluation de compétence communicationnelle

Hymes (1972) a fait évoluer la définition de la compétence communicative en réponse à la vision de Chomsky (1965) qu'il jugeait trop réductrice. Selon Hymes, outre la compétence linguistique, la compétence communicationnelle doit également comprendre la capacité du locuteur à utiliser ses connaissances lors d'une interaction dans le but de rendre la situation de communication performante (Whyte, 2019, p.2). Il apparaît alors que la compétence communicative permet aux individus de communiquer de manière efficace où un manquement à cette obligation mettrait d'autres personnes en danger (Fulcher, 2013, p. 14). Dans le cadre de l'apprentissage de la communication dans une langue étrangère, et plus spécifiquement dans le contexte de notre étude, ceci peut se révéler particulièrement important. Toutefois, les linguistes qui s'intéressent à la communication ont souvent tendance à ne pas inclure dans leur définition de la compétence communicative les experts du domaine, privilégiant ainsi uniquement la compétence linguistique. Pourtant, les critères indigènes (*indigenous criteria*) peuvent venir contrebalancer ce déséquilibre entre fond et forme, puisqu'ils émanent de réflexions apportées par des professionnels de la spécialité qui ne sont pas des spécialistes de la langue

(Elder, McNamara, Kim, Pill & Sato, 2017). Il devient alors évident que la compétence communicationnelle dans le contexte de l'anglais de spécialité relève de trois types de savoirs :

> *Linguistic*, covering traditional grammar, lexis, and intelligibility, *pragmatic*, reflecting sociolinguistic awareness related to rules of politeness and acceptability, and *content* knowledge, corresponding to the professional or scientific knowledge of a specific content domain. (Whyte, 2019, p.16)

Nous nous sommes intéressés jusque-là aux savoirs linguistiques (cf. 2.4.3) et à la pragmatique (cf. 3.2.4), nous allons désormais nous concentrer sur l'apport des critères indigènes pour compléter notre définition de la notion de compétence communicationnelle et ainsi prévoir son évaluation. Selon Elder *et al.* (2017), le fait d'avoir recours à des experts du domaine va garantir la planification d'une évaluation en adéquation avec la réalité du terrain. En effet, cette prise en compte du regard de l'expert émane d'un autre constat selon lequel une compétence communicative limitée de la part d'un professionnel de santé a de grande chance de réduire l'efficacité de l'interaction, et par conséquent, celle des soins (Hawthorne & Birrell, 2002 ; Birrell & Schwartz, 2006). Pill (2013) a démontré que les critères 'engagement du professionnel' et 'gestion des interactions' devaient être ajoutés aux quatre critères existants 'intelligibilité, fluidité, cohérence de la langue, ressources grammaticales et langagières'. Pour parvenir à cette conclusion, Pill a étudié les commentaires de médecins émis suite à leur observation de mise en situation interactionnelle et portant sur la capacité des étudiants de médecine à communiquer avec un patient. L'ajout de ces deux critères a pour but de placer le patient au centre des préoccupations et de collecter les informations médicales nécessaires à la poursuite de la consultation. La compétence linguistique se trouve ainsi en retrait puisque :

> Non-language specialists are concerned more with successful communication and performance features influencing communicative success more directly. (Elder *et al*., 2017, n.p.)

Le travail des *International Competency-Based Medical Education (ICBME) Collaborators* porte sur l'éducation médicale par compétences, qui est définie comme étant :

> Competency-based education (CBE) is an approach to preparing physicians for practice that is fundamentally oriented to graduate outcome abilities and organized around competencies derived from an analysis of societal and patient needs. It de-emphasizes time-based training and promises greater accountability, flexibility and learner-centeredness. (Carraccio, Englander, Van Melle, Cate, Lockyer, Chan, Frank & Snell, 2015, p.646)

Si cette approche est cohérente avec la démarche de notre étude, elle soulève néanmoins le problème de l'évaluation de ces compétences :

> One of the major concerns raised about CBME is the resource-intense requirement for multiple assessors to determine learners' level of competence through multiple, directly observed assessments. Multiple assessors are critical for two major reasons. First, many stakeholders are involved with patient care, and they each bring an important and different perspective. Second, reliability is dependent on broad sampling. (*Ibid.*, p.647)

Ainsi, l'ensemble des compétences liées à la profession médicale ne peut être évalué par un seul examinateur, et il semble préférable de délimiter le champ de compétence évalué dans le but de rendre l'évaluation pertinente et objective. Pour ce faire, l'évaluateur s'appuie sur des outils d'évaluation qui visent à juger une compétence spécifique :

> Efficiencies should be sought through the use of technology and the careful selection of assessment tools and strategies. […] The essential focus of the assessment must explicitly address what one is attempting to assess. (*Ibid.*, p.647)

Arnold et Stern (2006) ont proposé un cadrage pour le professionnalisme médical, y incluant la compétence clinique, la communication et l'éthique. La communication fait, en effet, partie intégrante des compétences qu'un médecin doit maîtriser et son apprentissage doit faire partie intégrante des cursus de formation :

> According to the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), the American Board of Medical Specialties

> (ABMS), the Association of American Medical Colleges (AAMC), the General Medical Council (GMC), and the World Federation for Medical Education (WFME) communication and interpersonal skills are among the essential competencies to be taught in medical and residency programs. (Cömert, Zill, Christalle, Dirmaier, Härter & Scholl, 2016, p.1)

Pourtant, l'évaluation de la communication médicale soulève de nombreuses interrogations dans la communauté scientifique médicale. En Mai 1999, un groupe de 21 professionnels du monde de l'éducation médicale s'est réuni dans le but d'identifier et d'articuler l'enseignement et l'évaluation de la communication médicale autour de trois axes :

> 1. Reaching consensus on a ''short list'' of elements that would characterize effective communication in several clinical contexts.
> 2. Providing tangible examples of skill competencies that would be useful for licensing bodies, organizations that accredit medical schools and residency programs, and directors of medical education programs at all levels.
> 3. Ensuring that the product generated by the group would be evidence-based and appropriate for teaching, assessment, and evaluation. (Makoul, Brunett, Campbell, Cole-Kelly, Danoff, Frymier, Goldstein, Gordon, Klass, Kurtz, Laidlaw, Lang, MacLellan, Miller, Novack, Rider, Simon, Sluyter, Swing & Whelan, 2001, p.390)

L'objectif de ce groupe de travail, par le biais de la création d'une liste de points essentiels à maîtriser pour la validation d'une communication médicale efficace, était de garantir la création d'une relation de confiance entre le médecin et le patient, et d'améliorer ainsi la qualité du service médical et de ses conséquences sur l'état de santé du patient :

> Conscientious efforts to address these essential elements across practice settings will help increase the efficiency and effectiveness of physician–patient communication, enhance patient and physician satisfaction and improve health outcomes. (*Ibid.*, p.392)

La réflexion lancée par ce groupe de travail s'est appuyée sur cinq outils disponibles [7] afin de créer le *Kalamazoo I Consensus Statement*. Ce document

[7] Three Function Model/Brown Interview Checklist (Novack, Dube & Goldstein, 1992) ;

comprend sept éléments clefs de la communication médecin-patient qui peuvent servir de base pour l'évaluation de cette dernière :

> a) building relationship, b) opening discussion, c) gathering information, d) understanding the patient's perspective, e) sharing information, f) reaching agreement, and g) providing closure. (Cömert *et al*., 2016, p.2)

Toutefois, ces critères ne sauraient être pertinents sans l'utilisation d'autres méthodes d'évaluation de la compétence communicationnelle. Parmi celles-ci se trouve l'analyse conversationnelle et discursive.

3.3.2. Analyse conversationnelle et discursive

L'analyse conversationnelle se caractérise par l'attention portée à l'organisation du langage et de l'action au sein de l'interaction sociale (Mondada, 2017, p.181). Elle s'intéresse à l'interaction en contexte : le langage est alors considéré comme « une ressource qui permet aux participants à l'interaction de structurer leur action de manière publiquement intelligible » (*Ibid.*, p.182). L'objectif de l'analyse conversationnelle et discursive est d'aboutir « à une analyse séquentielle adéquate basée sur l'observation de pratiques conversationnelles récurrentes » (de Fornel & Verdier, 2018, n.p.). Dans son spectre le plus large, l'analyse conversationnelle et discursive se fonde principalement sur deux angles d'approches, à savoir la situation - ou contexte, et l'action - ou co-construction : le contexte dans lequel se déroule la conversation donne du sens aux interactions et permet d'analyser de manière efficace les processus mis en place par chaque participant (Traverso, 2007, p.22).
Si les interactions sont ancrées dans des contextes spécifiques, leur analyse peut alors s'appuyer sur la recherche d'éléments communs, qui renvoient soit au déroulement habituel propre à ce type d'interaction, ou encore à la

---

Bayer Institute for Health Care Communication E4 Model (Keller & Carroll, 1994) ;
Patient-centered clinical method (Stewart, Belle Brown, Weston, McWhinney, McWilliam & Freeman, 1995) ;
The Calgary–Cambridge Observation Guide (Kurtz *et al*., 1998) ;
SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills (Makoul, 1998).

manière dont les intervenants agissent ; on cherche alors ce que certains chercheurs appellent des « routines » (Née, Sitri & Veniard, 2016) ou des « classes d'exemple » (de Fornel & Verdier, 2018). Bien que des dénominatifs différents soient utilisés, les deux termes renvoient au même concept. Il s'agit de séquences énonciatives qui ont des traits communs, que ce soit dans leur structure ou dans leur utilisation : « elles correspondent à des énoncés complets, construits autour d'un prédicat, et mettent en jeu un lexique varié » (Tutin, 2013, p. 36).

Lorsque l'on se concentre sur les interactions ayant lieu lors d'une consultation médicale, il convient de revenir à la structure même de celle-ci pour tenter d'en dégager des routines, qui nous permettraient de mesurer l'acquisition de savoir-faire et de savoir-être chez les participants à notre étude. Le schéma décrit en 2.2 découpe la consultation en cinq phases : l'ouverture de la consultation, le recueil d'informations, l'examen physique, l'explication et la programmation et la clôture de l'entretien (Figure 30). Chacune de ces phases demande aux deux locuteurs d'utiliser diverses stratégies langagières dans le but de faciliter les échanges (cf. 2.4.3). Parmi celles-ci se trouvent le questionnement, la reformulation, la clarification, l'implication, la négociation et l'adhésion (Junod & Sommer, 2013).

Cependant, afin de compléter cette analyse, il semble important de s'intéresser à d'autres routines appelées marqueurs discursif. Ceux-ci sont définis comme :

> Intra-sentential and supra-sentential linguistic units which fulfil a largely non-propositional and connective function at the level of discourse. They signal transitions in the evolving process of the conversation, index the relation of an utterance to the preceding context and indicate an interactive relationship between speaker, hearer, and message. (Fung & Carter, 2007, p.411)

Ainsi, ces marqueurs discursifs sont présents dans toute interaction, et ne sont pas propres à la consultation médicale (Muryn & Niziolek, 2017, p.64). Leur forme figée n'a pas pour but d'enrichir le contenu de la conversation, même si leur utilisation relève du langage courant :

> Ils sont optionnels sur le plan syntaxique, c'est-à-dire que, dans les cas où ils sont joints à un énoncé, leur absence n'entraîne pas une

> agrammaticalité. De plus, ils n'entrent pas dans une structure argumentale et ils peuvent occuper différentes positions par rapport à un énoncé, s'ils ne sont pas utilisés comme mots-phrases. (Dostie & Pusch, 2007, p.4)

Famy (2017) s'est intéressée à ces marqueurs discursifs dans les consultations médicales dans le but de faire émerger ceux propres à ce type de discours. Suite à l'analyse de transcriptions de consultations chez des patients atteints d'épilepsie, elle a listé les marqueurs discursifs récurrents, parmi lesquels nous en retenons cinq (Tableau 9) :

Marqueurs discursifs	Exemple
présentatif	c'est, il y a, voilà…
connecteur	alors, donc, mais, ensuite…
embrayeurs	c'est-à-dire, connaissez-vous, par exemple…
précautions métalinguistiques	entre guillemet, j'ai envie de dire…
phatiques	ok, d'accord, bon…

Tableau 9 : Liste des marqueurs discursifs de la consultation médicale (Famy, 2017)

Nous nous appuierons donc sur ces travaux pour mener une analyse conversationnelle et discursive des données collectées. Toutefois, avant d'envisager ce travail d'analyse, il est d'abord nécessaire d'introduire les théories relatives à l'évaluation de la compétence communicationnelle sur lesquelles repose notre travail.

3.3.3. Évaluation sommative de la compétence communicationnelle

L'objectif d'enseignement/apprentissage de cette étude est d'amener les étudiants à devenir autonomes dans une situation de communication spécifique, qui est la consultation médicale. Biggs soulève trois points qui visent à nourrir la réflexion de l'enseignant lors de la conception de l'évaluation :

> 1. What qualities of learning are we looking for; what performances need to be confirmed in the assessment? […]
> 2. Should the assessment be decontextualized or situated? […]
> 3. Who should set the criteria for learning, provide the evidence, and assess how well the evidence addresses the objectives? (1996, p.358)

La communication de la consultation médicale a été placée au centre de l'enseignement/apprentissage, ainsi que tous les concepts qui lui sont sous-

jacents, tels que les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être. L'évaluation doit révéler la capacité des étudiants à communiquer dans ce contexte spécifique. Il faut alors les placer en situation fictive de consultation médicale pour qu'ils mettent en application ce qu'ils ont appris. Les critères d'évaluation de la communication de la consultation médicale doivent être en adéquation avec l'enseignement/apprentissage dispensé, qui lui-même s'appuie sur la littérature existante afin d'être cohérent. L'évaluation, si elle est créée et mise en place en respectant ces règles, renforce le lien chez l'étudiant entre l'enseignement et l'apprentissage. L'équilibre entre la pertinence de l'enseignement/apprentissage pour les étudiants et l'évaluation peut être atteint en s'appuyant sur l'alignement constructif :

> Constructivism comprises a family of theories but all have in common the centrality of the learner's activities in creating meaning. These and related ideas have important implications for teaching and assessment. Instructional designers for their part have emphasised alignment between the objectives of a course or unit and the targets for assessing student performance. "Constructive alignment" represents a marriage of the two thrusts, constructivism being used as a framework to guide decision-making at all stages in instructional design: in deriving curriculum objectives in terms of performances that represent a suitably high cognitive level, in deciding teaching/learning activities judged to elicit those performances, and to assess and summatively report student performance. (*Ibid.*, p.347)

Cependant, l'évaluation n'a pas pour unique but de sanctionner ou de valider un enseignement/apprentissage à l'issue de celui-ci. Outre le fait que l'étudiant comprenne les objectifs de l'évaluation, elle doit également lui permettre d'avoir un retour et de progresser. C'est la raison pour laquelle deux types d'évaluations ont été mis en place dans le cadre de cette recherche. En plus de l'évaluation sommative qui clôt le semestre car son « objectif principal […] est d'informer de la progression des apprentissages et des acquisitions effectuées des élèves à la fin d'une étape d'un cursus scolaire » (Leclerc, 2015, p.2), une évaluation formative qui « consiste en des évaluations interactives démontrant les acquis et la progression des apprentissages des élèves, tout en identifiant les besoins de chacun afin d'ajuster l'enseignement en conséquence » (*Ibid.*) a également été

mise en place, dans le but d'entraîner les étudiants sur chaque micro-tâche (cf.3.2.2).

3.3.4. Évaluation formative : du travail en binôme au *peer feedback*[8]

Le travail en binôme est une technique qui vise à maximiser les opportunités d'apprentissage des étudiants (Moon, 2000, p.53). En ce sens, les étudiants mis en situation de travail en binôme bénéficient d'un travail collaboratif pour réaliser des tâches communicatives et atteindre les objectifs fixés en utilisant les notions étudiées en classe. Ce type de travail met l'accent sur l'utilisation de la langue dans une situation spécifique, et s'appuie sur les connaissances des étudiants, afin de les utiliser ensemble dans le but de progresser :

> [pairwork is] a way of increasing student participation and language use. It can be used for enormous number of activities whether speaking, writing or reading. (Harmer, 2001, p.207)

Le travail en binôme renforce la place centrale de l'étudiant dans son processus d'apprentissage grâce à la coopération qui s'instaure dans le groupe. L'enseignant, quant à lui, est placé au second-plan ; son rôle est d'aider les étudiants, de veiller à la mise en place et au bon déroulement de l'activité, et de proposer un retour sur le travail des étudiants. Ce temps est favorable à l'échange entre les étudiants, et engage un travail sur les compétences communicationnelles :

> Some benefits of using pairwork in the learning contexts are that learners are given more opportunities to actively use both their receptive and productive language skills. (Taylor & Wigglesworth, 2009, p. 326)

Ce type de travail renforce également l'engagement des étudiants, en les incitant à être actifs dans leur apprentissage, par la mobilisation des connaissances nécessaires à la réalisation de la tâche demandée :

[8] Le terme anglais est conservé puisqu'il n'a pas d'équivalent évident dans la littérature scientifique francophone.

> From a pedagogical perspective, pairwork promotes a positive affective climate where students feel less anxious and more confident, improves the quantity and quality of learner talk, promotes learner autonomy and self-directed learning and allows the teacher to assign different tasks to different groups so as to manage a mixed proficiency class. (Baleghizadeh, 2009, p. 1)

L'enseignant, qui est en retrait, reste disponible afin de répondre aux éventuelles interrogations des étudiants, auxquelles ils ne sauraient répondre seuls. À l'issue de ce temps de préparation, deux étudiants mettent en scène la situation travaillée face aux autres étudiants, ce qui donne lieu par la suite, à un retour sur leur prestation par le groupe (*peer feedback*) :

> By peer feedback we mean a communication process through which learners enter into dialogues related to performance and standards. […] Peer feedback is primarily about rich detailed comments but without formal grades. (Liu & Carless, 2006, p.280)

Les étudiants ne sont alors pas seulement acteurs de leur apprentissage, mais également acteurs de leur évaluation : ils prennent conscience des enjeux en lien avec la situation travaillée, émettent des critiques fondées sur des critères de jugement personnels ou universels, ce qui impacte leurs propres conceptions de la tâche à accomplir et des savoirs communicationnels en lien avec la situation travaillée (Nicol & MacFarlane-Dick, 2006). Ceci renvoie à l'auto-évaluation qui a été définie par Boud comme étant :

> The involvement of students in identifying standards and/or criteria to apply to their work and making judgments about the extent to which they have met these criteria and standards. (1991, p.4)

Ce travail collaboratif entre les étudiants vise à harmoniser l'état de leurs connaissances tout en les sensibilisant aux enjeux sous-jacents. Ils travaillent ensemble avec un objectif commun, celui d'apprendre à mieux communiquer avec un patient. Les recherches sur le *peer feedback* ont révélé des caractéristiques positives de son utilisation en classe ; il représente ainsi un outil de contrôle social, d'évaluation, d'apprentissage des savoirs et des savoir-faire et enfin, un outil de participation active

(Gielen, Dochy, Onghena, Struyven & Smeets, 2011). En ce sens, il est un atout majeur pour l'enseignement/apprentissage, puisqu'il permet un travail bilatéral et égalitaire d'émission et de réception de commentaires :

> Peer feedback is a field that is promising for enhancing students' achievement, as providing effective feedback can be of benefit to both the provider and the receiver of feedback. (Panadero, Jonsson & Alqassab, 2018, p.428)

Ces commentaires, émis par leurs pairs, ne sauraient cependant se soustraire à ceux faits par l'enseignant (Nicol, 2010), puisqu'il tient le rôle d'expert :

> One of the most salient differences between teacher and peer feedback is that teachers are supposed to be experts in the domain. (Panadero *et al.*, 2018, p.421)

Les étudiants perçoivent les remarques de l'enseignant de manière positive jugeant qu'il est « more "qualified", "experienced", "accurate", "valid", "reliable" and "trustworthy" » (Zacharias, 2007, p.51). En effet, il a été démontré que l'enseignant est plus à même d'émettre des commentaires justes et cohérents avec la situation d'apprentissage :

> Tutors identify more points to comment on than peers, and are able to make more specific comments on technical matters such as correctness. (Hamer, Purchase, Luxton-Reilly & Denny, 2015, p.162)

Pourtant, les observations de Yang, Badger et Yu (2006) ont mis en évidence le fait que les étudiants reçoivent les remarques de l'enseignant de manière plus passive. Ces deux techniques de *feedback* (*teacher feedback* et *peer feedback*) doivent donc être utilisées conjointement pour l'évaluation formative, afin d'aider les étudiants à progresser tout en ayant un regard critique sur leurs pratiques :

> Improvements may only arise through regular peer review practice across the curriculum, with a focus on developing reviewing skill. (Hamer *et al.*, 2015, p.163)

Synthèse

Ce chapitre a permis de poser le cadre didactique de cette recherche. Les définitions suggérées et les analyses menées ont fait ressortir la place centrale des étudiants de médecine dans le processus d'enseignement/apprentissage étudié. Le travail exploratoire sur les théories d'apprentissage des langues a montré l'avantage de l'éclectisme pédago-didactique pour parvenir aux objectifs fixés par l'enseignant, en fonction des besoins des étudiants. La situation de communication visée par cette thèse fait intervenir divers concepts qui aident à mieux cerner les enjeux d'un tel projet. L'apprentissage par la tâche permet de mieux guider les étudiants, étape par étape, vers la construction finale de la macro tâche. L'approche communicative insiste sur les éléments langagiers à prendre en compte, et la pragmatique cherche à contextualiser la situation de communication visée. Enfin, le regard d'experts sur les éléments à inclure pour garantir l'efficacité de la compétence communicative apporte un éclairage nouveau, ce qui ancre d'autant plus cette recherche dans le domaine de la recherche en didactique des langues de spécialité.

CHAPITRE 4
LES DOCUMENTS COMME VOIE D'ACCÈS AUX SAVOIRS, SAVOIR-FAIRE ET SAVOIR-ÊTRE

Le document pédagogique est un élément central de cette recherche puisque nous cherchons à en mesurer l'impact sur la compétence communicationnelle des étudiants ; il est alors nécessaire de consacrer un chapitre à son étude. Dans un premier temps, nous nous efforcerons de mettre en lumière la distinction qui existe entre document authentique, document didactique et document didactisé. Par la suite, nous nous concentrerons davantage sur les séries télévisées, élément central de cette thèse. De ce fait, nous étudierons la pertinence de cet outil pour favoriser l'acquisition des savoirs, savoir-faire et savoir-être de la communication pour la consultation médicale, en insistant sur le degré de réalisme présent dans les séries. Ensuite, les séries télévisées seront évaluées sous l'angle de la médiation. Puis, nous présenterons la manière dont leur utilisation peut induire un apprentissage informel tout en le contextualisant.

Nous analyserons également la pertinence de la Fiction à Substrat Professionnel pour notre étude. Enfin, nous présenterons les séries télévisées sélectionnées pour cette étude.

4.1. Du document authentique au document didactisé

Dans un contexte d'enseignement, l'enseignant est amené à chercher et à utiliser des documents qui peuvent être classés selon différentes catégories : les documents didactiques, les documents authentiques et les documents didactisés. Avant de poursuivre, il est nécessaire de définir chacune de ces catégories afin d'analyser l'utilisation qui peut en être faite.

Les documents didactiques sont « créés de toutes pièces pour la classe par un concepteur de méthodes ou par un enseignant » (Robert, 2002, p.14). Il s'agit là de l'ensemble de documents présents dans un manuel scolaire, qui sont des documents forgés par les auteurs. Ils offrent des avantages, comme la facilité d'accès ou la langue qui y est représentée. Cependant, la question de l'authenticité de la langue mérite d'être soulevée :

> Ces dialogues sont éloignés de la réalité des pratiques langagières en usage et ne proposent pas une exposition à la langue cible aux apprenants. Ils proposent souvent des interactions qui ne sont pas naturelles, une langue qui n'est pas utilisée ou qui n'existe que dans les manuels de langue. (André, 2018, p.73)

Bien souvent, ces documents sont produits dans le but de se concentrer sur un aspect de la langue en particulier, comme le lexique ou la grammaire. Les échanges sont alors construits et façonnés dans le but de répondre aux objectifs fixés par les concepteurs. Ils offrent l'avantage de se concentrer sur des caractéristiques linguistiques précises en les présentant en quantité, ce qui est plus difficile à obtenir dans des documents authentiques. Des études comparatives entre les documents présents dans les manuels et des documents authentiques ont permis de faire ressortir certaines divergences :

> A number of studies based on comparisons of linguistic features portrayed in academic writing textbooks and corpus-based research into language actually used in expert and student writing have

> identified a lack of fit between the two. (Jones & Durrant, 2010, p.392)

Pourtant, les manuels restent encore très prisés par les enseignants : par pragmatisme d'un côté, mais ils sont également utiles pour les enseignants non-spécialistes qui cherchent à construire un programme portant sur un domaine spécialisé.

Le dénominatif « document authentique » fait référence à un document qui n'est pas créé dans le but d'être utilisé pour l'enseignement/apprentissage ; il peut prendre diverses formes (document écrit, audio, ou encore multimédia), et il est en général conçu par un locuteur natif qui le destine à d'autres locuteurs natifs : pour prendre l'exemple de l'interaction orale, ce type de document renvoie à :

> Une réelle situation de communication dans laquelle échangent des locuteurs. Ces derniers interagissent tel qu'ils le feraient s'ils n'étaient pas enregistrés ou filmés. (André, 2018, p.73)

L'intérêt d'utiliser ce type de document est « de montrer aux apprenants les usages réels de la langue et de ses variations en fonction des situations de communication » (*Ibid.*). Ces documents permettent alors de travailler à la fois les savoirs propres à la langue, ainsi que les savoir-faire en lien avec les situations de communication présentées.

On entend par document didactisé, un document qui est extrait de son environnement d'origine et « transporté dans la classe » (Bailly, 1998, p.70). Ce type de document est modifié à des fins pédagogiques, c'est-à-dire qu'il est :

> Adapté, coupé, résumé, expurgé, voire réécrit et [qu'il] subit des transformations visant à le rendre plus accessible à un public d'apprenants. (Quivy & Tardieu, 2002, p.100)

Par cette intervention extérieure, le document authentique devient un document didactisé. Les modifications opérées aident l'enseignant à concentrer son enseignement sur un ou plusieurs points pour répondre aux besoins des étudiants et aux objectifs fixés. La langue qui y est présente, ainsi que les situations de communication, restent authentiques, ce qui représente un attrait intéressant en matière de pédagogie et de didactique.

Dans le cadre de notre recherche, les séries télévisées appartiennent à deux de ces trois catégories. Ce sont des documents authentiques dont le but premier n'est pas l'enseignement/apprentissage, puisqu'ils sont considérés comme étant « Authentic source material (that is, created for native speakers and not learners of the language) » (Kaiser, 2011, p.233). Pourtant, leur utilisation pour un cours d'anglais les fait passer dans la catégorie des documents didactisés puisque l'enseignant intervient sur leur structure dans le but de répondre aux objectifs fixés. Cependant, il est intéressant de s'interroger quant au bien-fondé de l'utilisation de séries télévisées pour l'enseignement/apprentissage de la communication de la consultation médicale

4.2. Les séries télévisées pour l'enseignement des savoirs, savoir-faire et savoir-être de la consultation médicale

L'utilisation de séries télévisées pour l'enseignement/apprentissage d'une langue n'est pas anodin qi l'on considère que la sériephilie[9] est un concept important pour la population étudiante qui est au cœur de cette recherche :

> L'intérêt […] s'inscrit alors dans un contexte plus large d'une société de réseaux à laquelle ces jeunes appartiennent. Une société dans laquelle, non seulement la consommation partagée d'un même objet culturel crée une forme d'appartenance identitaire, mais où l'échange de contenus significatifs participe de la socialisation entre pairs (Julier-Costes, Jeffrey & Lachance, 2014, p.2)

Les étudiants échangent sur les séries qu'ils suivent, créant ainsi une communauté à laquelle ils peuvent s'identifier. Ceci est un fait sociétal qui a entrainé l'apparition de nouvelles expressions dans la langue française ; en 2020, *divulgâcher* fera son entrée dans le Petit Larousse®. Ce mot, emprunté au québécois, permet de traduire la notion de « spoiler » qui renvoie au fait de divulguer de manière prématurée des éléments de l'intrigue d'une série (Aïssaoui, 2019). Mais également, le choix d'utiliser certaines séries peut favoriser l'appartenance à un groupe ou à une communauté :

[9] Glevarec définit la « sériephilie » comme étant un attachement culturel et social (2012, p.13).

> L'utilité sociale est enracinée dans des communautés culturelles : un programme peut être plus utile à certaines personnes qu'à d'autres. (Pasquier & Heurtin, 1997, p.822)

Dans un deuxième temps, l'utilisation de séries télévisées pour les cours d'anglais semble favoriser un travail sur la langue grâce à une immersion prolongée et totale dans la langue cible, ce qui peut renforcer l'acquisition de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être :

> Immersing themselves [students] in these shows rich in authentic and functional use of the English language, ESL learners might be able to acquire skills and knowledge both implicitly and explicitly. (Danping, 2012, p.4)

De manière plus globale, regarder des séries télévisées en anglais peut être un moyen, voire le seul, par lequel les étudiants vont entendre de l'anglais authentique : « television programmes and films may be one of the best opportunities to hear a foreign language spoken » (Mittmann, 2006, p.575). En effet, les séries télévisées semblent fiables d'un point de vue linguistique. Par fiable, il faut comprendre que la langue qui y est employée est authentique d'un point de vue lexical, grammatical et phonologique. Ainsi, l'écoute de l'anglais authentique par le biais de séries télévisées va, d'un point de vue totalement inconscient, agir sur les constructions de la communication propres à chacun, puisque la communication fait partie intégrante de ces séries, elle en est l'essence même :

> Performance thus calls forth special attention to a heightened awareness to the act of expression, and give license to the audience to regard the act of expression and the performer with special intensity. (Bauman, 1975, p.293)

Les séries télévisées proposent des exemples de langage oral, mettant en scène des personnages dans des situations de vie qui peuvent, selon la série, renvoyer à des situations réelles :

> C'est en effet un support particulièrement intéressant dans l'apprentissage des langues étrangères sur les plans culturel et linguistique, car il permet tout particulièrement l'exposition à la langue parlée, en contexte. (Medioni, 2012, n.p.)

Les dialogues entre les personnages utilisent la langue telle qu'elle est supposée être utilisée dans la vie réelle :

> The language of television dialogue is a reflection of the perception that scriptwriters (and actors) have of actual conversation. (Quaglio, 2009, p.149)

Pourtant, la linguistique de corpus a permis de mesurer le niveau de réalisme des dialogues de séries télévisées en comparant des corpus de dialogues issus de séries et des corpus de dialogues issus de la réalité, sous-entendu non écrits ou préparés à l'avance (Mittmann, 2006 ; Quaglio, 2008, 2009 ; Bednarek, 2010). Les travaux de Quaglio (2009) sur la série *Friends* ont mis en avant le caractère plus informel et plus émotionnel des dialogues télévisés, bien qu'ils partagent de nombreux points communs avec les conversations réelles. Bednarek a analysé les dialogues de sept séries démontrant ainsi le caractère informel de ces dialogues, et concluant que ce discours :

> […] might be less narrative and vague – and sometimes more informal, sometimes less informal – than unscripted language, but is best characterized by its high degree of emotionality. (2012, p.60)

De ce fait, les dialogues de séries télévisées apparaissent comme étant « a "pure", "concentrated", "condensed" or "tidied up" version of social intercourse » (Spitz, 2005, p.25) ; ils ne sont qu'une image de situations de communication, qui tirent leur source dans la réalité, mais qui les modifie en fonction des besoins scénaristiques.

Les dialogues des séries ont un objectif clair, celui de transmettre des messages et de faire passer des informations afin de faire évoluer l'intrigue. Selon le contexte d'utilisation, c'est-à-dire selon la série et le genre auquel elle appartient, les mots employés et la manière dont le discours est produit s'en trouvent modifiés :

> It is likely that the language of a fictional television series will feature both aspects particular to the genre it belongs to and aspects unique to its character as a particular popular cultural artefact, while it will also include aspects related to the nature of fictional television series in general. (Bednarek, 2012, p.68)

Certains marqueurs langagiers de l'oralité (cf.3.3.2) semblent très fréquents dans les dialogues des séries télévisées ; Quaglio propose une liste dans laquelle se trouvent les expressions ou mots visant à nuancer le propos tels que *sort of* ou *kind of*, les noms qui renvoient à des notions vagues comme *stuff* ou *thing*, ou des expressions telles que *stuff like that* (2009, p.74). Ces éléments du discours renvoient bien à une réalité discursive ; le niveau de langue des séries est celui que les locuteurs natifs utilisent. Cependant, s'il est acceptable de dire que le discours des séries télévisées est proche de la vie réelle, il faut néanmoins s'interroger sur le degré de réalité représenté. Cela s'avère d'autant plus pertinent concernant les séries télévisées médicales puisque les auteurs et scénaristes sont également confrontés au manque de matériel authentique (consultations réelles entre un médecin et un patient), et doivent, de ce fait, utiliser des outils alternatifs, tels que des rapports de cas cliniques ou travailler en collaboration avec des consultants, dans le but de vérifier la cohérence des dialogues.

4.2.1. La réalité fictionnelle des séries télévisées

Le réalisme d'une série télévisée a été défini comme étant « le degré d'exactitude de la représentation fictionnelle » (Sepulchre, 2011, p.215). La question à se poser pour bon nombre de séries contemporaines est de savoir si les scénaristes ont décidé de façonner un monde de toutes pièces ou s'ils ont souhaité utiliser le monde réel dans leur fiction. Dans ce deuxième cas, ils s'appuient sur le monde actuel afin de présenter un contexte connu de tous, qui leur permet d'y intégrer les personnages qui sauront donner vie à l'intrigue :

> L'effet du réel, lui, […] n'est pas une impression (au sens d'une immersion) mais bien un effet (au sens d'un trouble) dont la dimension de prise sur le récepteur est essentielle. (Glevarec, 2012, p.73)

Le téléspectateur est donc plongé dans un monde qui lui est familier puisqu'il y retrouve ses repères ; mais la réalité est modifiée car ses codes sont changés. Il appartient alors à chacun de faire cette distinction entre réel et fictif, mais également entre illusion et représentation :

> L'origine de la confusion entre représentations de la fiction et la réalité n'est pas liée à leur « ressemblance », mais au fait que les unes et les autres ne sont appréhendées qu'à travers un troisième terme commun : les représentations internes que chacun se construit. (Tisseron, 2005, p.135)

Le téléspectateur doit alors être interpellé par cette représentation du monde réel. De plus, les personnages qui évoluent en leur sein ne sont que des images édulcorées de la réalité. Leurs traits de personnalité sont souvent très marqués – parfois jusqu'à devenir satiriques – le but n'étant pas de présenter une réalité objective mais bien divertissante, cherchant à attirer le téléspectateur :

> Il faut donc garder à l'esprit que la représentation fictionnelle est un miroir toujours plus ou moins déformant, d'autant qu'elle n'a pas comme le documentaire à satisfaire des exigences de vérités. (Sepulchre, 2011, p.215)

Notre recherche s'appuie sur des extraits de séries télévisées représentant des interactions se déroulant dans un contexte médical. Même s'il est difficile de comparer ces scènes avec la réalité du terrain du fait de la difficulté d'avoir accès à d'authentiques entretiens médicaux (Bonsignori, 2019, p.116), de précédentes études ont démontré les similarités entre ce médium et les conversations réelles en face-à-face entre un médecin et un patient (Shevell, Thomas & Fuks, 2014 ; Stanhope, 2015 ; McGann, 2015). Ainsi, face à un manque de ressources authentiques, l'utilisation de séries télévisées peut s'avérer utile et pertinente, notamment si elles sont utilisées comme médiation.

4.2.2. Les séries télévisées comme médiation

En adaptant le modèle d'ergonomie didactique suggéré par Bertin et Narcy-Combes (2013), nous allons désormais présenter la manière dont il s'inscrit dans l'enseignement de l'anglais dans les facultés de médecine et comment les séries télévisées peuvent être utilisées comme une médiation pour aider les étudiants à devenir autonomes d'un point de vue communicationnel lors d'une consultation avec un patient étranger. La médiation dans l'enseignement est définie comme étant :

L'ensemble des mécanismes et des processus mis en œuvre par le professeur pour aider l'élève à construire sa pensée, à s'approprier les notions au cours d'une collaboration cognitive entre l'élève et le maître, lorsque ce dernier agit sur les différents niveaux de représentations. (Numa-Bocage, 2007, p.57)

Pour Bertin et Narcy-Combes, il existe trois types de médiation pédagogique :

> […] au niveau de la sélection et de la conception des tâches et des activités […], au niveau des choix des matériaux liés à l'exécution des tâches et de l'input, au niveau du suivi. (2013, p.117)

Le modèle construit représente la manière dont les séries télévisées peuvent servir de médiation afin d'atteindre l'objectif final (Figure 45).

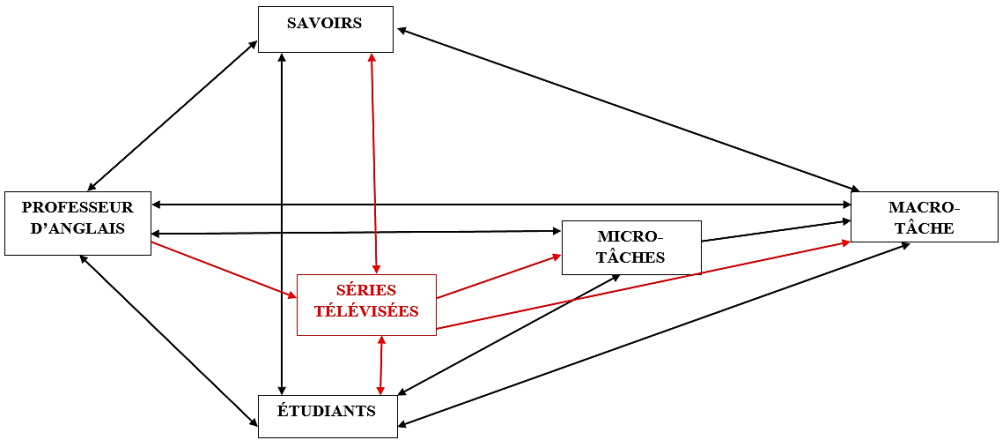


Figure 45 : Modèle d'ergonomie didactique représentant les interactions entre les différents pôles d'un cours d'anglais (adapté de Bertin & Narcy-Combes, 2013)

Le modèle original, en noir, représente la manière dont les différents pôles interagissent au sein de la classe d'anglais dans les facultés de médecine. Les cinq pôles principaux incluent le savoir (la langue et la médecine), l'enseignant de langue, les étudiants, les micro-tâches et la macro-tâche. Celle-ci renvoie à l'objectif final qui est de mener une consultation complète en anglais, et les micro-tâches représentent les différentes étapes qui aident les étudiants à atteindre l'objectif final (cf. 3.2.2). Les interactions que le nouveau pôle « séries télévisées » crée dans ce modèle ont été ajoutées en rouge. Nous avons précédemment décrit et expliqué les interactions qui ont lieu en cours d'anglais (cf. 3.1.2), il semble désormais approprié d'analyser la manière dont les séries télévisées agissent en tant que médiation sur les différents pôles.

Tout d'abord, il est important de rappeler que la série télévisée est utilisée en tant qu'outil pédagogique, renforçant ainsi le rôle de l'enseignant comme médiateur. En ciblant un problème particulier, comme le fait que les étudiants ont du mal à mener une consultation en anglais même s'ils ont besoin d'être capables de le faire tôt dans leurs études, le rôle de l'enseignant, en tant que médiateur, est de penser et de mettre en place des situations qui vont favoriser la médiation cognitive entre l'étudiant et ses connaissances (Lenoir, 1996). Cette médiation peut prendre différentes formes, mais son but est toujours de proposer des solutions :

> [la médiation est] l'ensemble des aides ou des supports qu'une personne peut offrir à une autre personne en vue de lui rendre plus accessible un savoir. (Arpin & Capra, 2001, p.14)

Dans le cadre de cette recherche, l'enseignant agit sur les séries télévisées en sélectionnant les scènes pour cibler de manière spécifique les différents points de la consultation qui doivent être acquis par les étudiants. Ceci amène les étudiants à analyser la façon dont la consultation est menée en travaillant sur la communication verbale et non-verbale, mais également en leur rappelant les codes linguistiques à maîtriser. Par conséquent, il en va du rôle de l'enseignant de vérifier que les scènes reflètent la réalité et ceci peut être fait en travaillant de pair avec des professionnels de santé. Ce travail en association a plusieurs bénéfices : l'enseignant vérifie la qualité de la langue tandis que les professionnels de santé attestent de la véracité des faits médicaux présentés. Enfin, dans ce modèle adapté, les séries télévisées agissent directement sur les étudiants, et l'un des objectifs de cette recherche est de découvrir par quels moyens. Il semble que l'apprentissage informel et l'apprentissage contextualisé amènent des éléments de réponses sur ce point.

4.2.3. L'apprentissage informel par le biais des séries télévisées

L'apprentissage informel renvoie à certaines notions qu'il convient de définir pour éviter qu'elles ne soient confondues. L'apprentissage formel est compris comme étant l'apprentissage dispensé dans une institution en suivant un

programme établi, qui cherche à répondre à des objectifs définis puisqu'une évaluation de l'apprentissage est prévue. L'apprentissage non formel s'emploie pour décrire un apprentissage par le biais d'un programme mais qui n'est généralement pas évalué. Enfin, l'apprentissage informel signifie que l'apprentissage se fait par le biais d'activités de la vie quotidienne en lien avec le travail, la famille ou les loisirs et qu'il n'est pas organisé selon des objectifs institutionnels (Stevens, 2009, p.12). Cependant, une autre distinction doit être faite entre l'apprentissage implicite qui implique un processus d'acquisition inconscient, et l'apprentissage incident (*incidental learning*) qui renvoie à un apprentissage non intentionnel (Hulstijn, 2007, p.131). Le concept d'apprentissage implicite a été décrit comme étant :

> A process during which subjects acquire knowledge about a complex, rule-governed stimulus environment without intending to and without becoming aware of the knowledge they have acquired. (Rebuschat, 2015, p.3)

Tandis que l'apprentissage incident est présenté comme :

> A relatively low level of processing or processing without much cognitive effort or subsequent mental elaboration to retain the information in memory. (Leow & Zamora, 2017, p.33)

À titre d'exemple, et afin de clarifier les nuances entre ces deux approches, nous pouvons citer l'apprentissage d'un nouveau mot dans une langue étrangère lors du visionnage d'un film, qui fait partie de l'apprentissage incident puisque cela se fait de manière désorganisée et résulte d'une autre activité, tandis que l'apprentissage de la marche chez l'enfant en bas âge correspond à l'apprentissage informel puisque l'enfant apprend sans en avoir conscience.

Au regard de ces définitions, il semble que notre recherche s'ancre à la fois dans une démarche d'apprentissage formel puisque le cours se déroule au sein d'une institution nationale et que les étudiants qui le suivent sont évalués ; mais l'utilisation de séries télévisées, et l'emploi qui en est fait, renvoie à l'apprentissage implicite et incident. En effet, l'utilisation de séries télévisées va permettre aux étudiants d'acquérir des savoirs en lien avec la langue, ainsi que des savoir-faire et savoir-être en lien avec la posture professionnelle. Une étude

de 2012 a tenté de mettre en lumière les bénéfices de l'apprentissage informel de l'anglais via le visionnage de séries télévisées dans un contexte non universitaire (Kusyk & Sockett, 2012). L'objectif était de vérifier l'hypothèse selon laquelle :

> Frequent viewing of television series in English has a positive effect on the acquisition of the meaning of the most frequently occurring chunks of language in those series. (*Ibid.*, n.p.)

Cette étude a validé certaines hypothèses fondamentales à notre propre recherche, notamment le fait que les étudiants sont nombreux à regarder des séries télévisées en anglais, et que cette activité favorise l'apprentissage de l'anglais.

Même si l'utilisation de séries télévisées comme outil pédagogique dans un contexte universitaire peut sembler surprenante, il faut garder à l'esprit que leur attrait est grandissant chez la population étudiante. Ceci est en partie dû au fait que l'accès aux séries télévisées a été facilité cette dernière décennie, tout d'abord grâce au *peer-to-peer* (échange illégal de contenu via des plateformes de téléchargement telles qu'eMule®), puis plus récemment grâce aux plateformes légales de streaming telles que Netflix®. L'apparition de l'expression *binge watching*[10] en est le parfait exemple ; elle décrit le fait de regarder de nombreux épisodes d'une même série en les enchaînant. Les étudiants de médecine dijonnais ne font pas exception face à ce phénomène. Dans le questionnaire déjà introduit en 1.4.2[11] qui leur a été soumis en juin 2016 (Annexe 5), la grande majorité d'entre eux explique regarder la télévision en anglais : ils sont 92,3 % en DFGSM2, 96 % en DFGSM3, 89,7 % en DFASM1 et 90,9 % en DFASM2 (Figure 46). De plus, ils expliquent regarder la télévision en anglais chaque semaine, voire chaque jour (Figure 47). Ainsi, il semble cohérent d'utiliser les séries télévisées pour l'enseignement de l'anglais puisque regarder des séries dans cette langue fait partie du quotidien des étudiants de médecine :

[10] L'expression *binge watching* est apparue dans les années 1990, et a été formée sur le modèle de l'expression *binge drinking*, phénomène social répandu au Royaume-Uni.

[11] La méthodologie de conception de ce questionnaire est détaillée en 6.1.1.

> How can we think we are adequately teaching critical thinking if there is no connection made to the thousands of hours that most students spend, before and after school and on weekends, in contact with the media ? (Kubey, 2003, p.368)

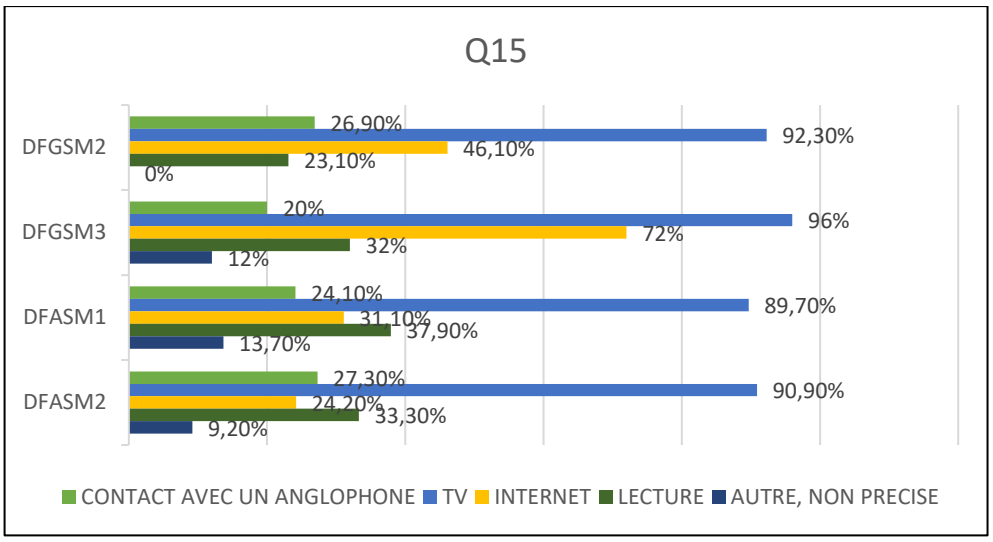


Figure 46 : Type de confrontation des étudiants de médecine de Dijon à l'anglais en dehors des cours d'anglais

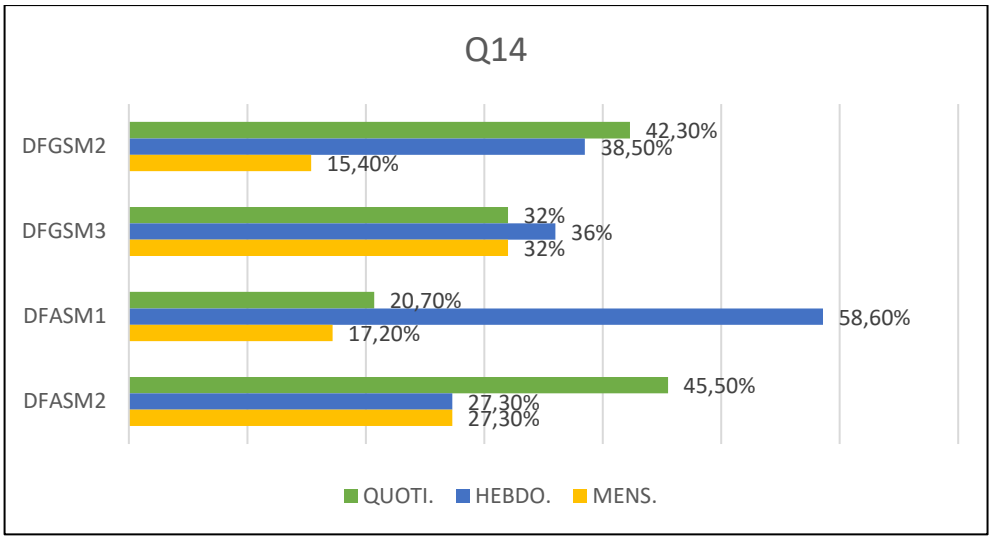


Figure 47 : Fréquence de confrontation des étudiants de médecine de Dijon à l'anglais en dehors des cours d'anglais

Il est pourtant nécessaire de s'interroger quant aux avantages qui peuvent être obtenus grâce aux séries télévisées utilisées comme outil pédagogique dans un cours d'anglais.

4.2.4. L'apprentissage contextualisé du lexique

La théorie du double encodage (*Dual Coding Theory*, Paivio, 1986) suggère que le cerveau traite les informations selon deux schémas : d'un côté les informations verbales, et d'un autre, les informations non-verbales. Selon cette théorie, l'apprentissage est accru lorsque les apprenants sélectionnent les informations orales et visuelles, les organisent dans leur mémoire de travail, construisent des connections entre ces deux types d'informations et intègrent les connections à leurs savoirs existants (Mayer & Moreno, 1998 ; Jones & Plass, 2002 ; Guichon & McLornan, 2008). Les séries télévisées offrent l'avantage d'un travail à deux niveaux, à la fois sur le son et sur l'image. Cette combinaison doit alors permettre aux étudiants d'acquérir de nouvelles connaissances tout en facilitant leur mémorisation sur le long terme :

> Actors on TV provide examples of effective spoken communication that can supply potential models for combining words, paralanguage, and body language to express meaning. (Godwin-Jones, 2018, p.6)

Toutefois, il semble que l'apprentissage du lexique est facilité par le contexte (Sternberg, 1987), et les séries télévisées présentent l'avantage de contextualiser le lexique en l'intégrant à la narration (Hindley Rodgers, 2013, p.2). Le visionnage de séries télévisées appartenant au même genre semble alors aider à la construction de savoirs lexicaux. En effet, l'occurrence régulière de certains termes propres au contexte situationnel favorise les chances de rétention de ces mots par le spectateur (Lin & Siyanova-Chanturia, 2014, p.155). De plus, la continuité narrative accentue le bénéfice des séries télévisées sur l'apprentissage lexical contextualisé grâce à l'évolution des mêmes personnages dans les scénarii (Hindley Rodgers, 2013, p.2) :

> Many TV series, especially comedies and dramas, are episodic, with the same group of characters experiencing similar situations from week to week. This is an ideal set-up for learning from a usage-based perspective, since the spoken language tends to be continually recycled as the characters

> experience different, but analogous, storylines in each episode. (p.5)

Toutefois, il convient de s'interroger sur la validité de ne regarder qu'une seule série au détriment d'autres. En effet, nous pouvons nous demander s'il est nécessaire de ne suivre qu'une seule série, ou si le fait de regarder différentes séries, toutes ancrées dans le même contexte, peut être utile :

> Narrow viewing refers to viewing a variety of internet television programmes on the same topic, or of the same genre or series. By targeting programmes of a similar nature (as opposed to watching single episodes randomly), learners can gradually accumulate background knowledge that will aid comprehension of the content. (Lin & Siyanosa-Chanturia, 2014, p.155)

L'objectif du multi-visionnage est d'offrir une vision plus globale du contexte étudié. L'approche par différentes séries vient alors renforcer la capacité de compréhension, mais également développer chez les apprenants des stratégies d'adaptation face aux termes inconnus (Hindley Rodgers, 2013, p.2). Cette approche possède un double avantage : d'un côté, l'utilisation du support télévisuel permet à l'enseignant d'adapter sa pédagogie au vécu et aux habitudes des étudiants (Dubreil & Thorne, 2017, p.6), mais leur utilisation en classe a aussi l'avantage de faire baisser le nombre d'expositions aux mots nécessaires à l'apprentissage :

> With multimodal contextual cues, fewer exposures may be necessary for vocabulary acquisition to occur. (Lin & Siyanova-Chanturia, 2014, p.152)

Ainsi, un des objectifs principaux de l'utilisation de séries télévisées concerne l'acquisition lexicale en familiarisant les étudiants à celui-ci et à son utilisation en contexte, dans le but de développer la compétence langagière (Ortega, 2015). Toutefois, il est intéressant de s'interroger sur le genre de séries à employer dans le cadre de notre étude.

4.2.5. Les séries télévisées et la Fiction à Substrat Professionnel

La FASP est un terme englobant les œuvres fictionnelles qui mettent en scène :

> Un domaine propre à une profession (médecin, avocat, journaliste ou informaticien) ou à une discipline (le droit, la médecine, la géophysique ou la finance) qui se situe à la source des processus créatifs et imaginaires de l'écriture et ainsi nourrit l'intrigue, définit les personnages et influe sur le dénouement. (Isani, 2006, n.p.)

Petit, outre ses recherches sur l'anglais de spécialité (cf. 1.2), a été à l'initiative de nombreux travaux de recherche sur ce domaine. Bien qu'il se soit principalement intéressé à la littérature, de nombreux chercheurs ont étudié d'autres supports, tels que les œuvres audiovisuelles (Chapon, 2011, 2015 ; Isani, 2004a, 2004c ; Villez, 2004). Toutefois, les caractéristiques de Petit pour définir ce genre s'appliquent également aux autres média.

La première caractéristique de la FASP est le succès international (Petit, 1999). Les séries télévisées répondent à ce critère, en démontrent leur notoriété, ainsi que les diverses récompenses obtenues (Decant, 2013). Concernant les séries télévisées à caractère médical, leur attrait trouve principalement son origine dans le fait que la médecine, au sens large, est un sujet qui parle au plus grand nombre :

> Rien ne touche plus le spectateur qu'une fiction fondée sur l'unique réalité commune à tous les humains – celle du corps. (Winckler, 2002, p.154)

Le deuxième élément central à la définition de la FASP est l'origine professionnelle de l'auteur :

> L'auteur a une compétence personnelle qui résulte de sa formation initiale, notamment sanctionnée par un diplôme universitaire. (Petit, 1999, p.63)

Dans le cas de *House, M.D*, chaque scénario est écrit en collaboration avec des professionnels de santé. Parmi ceux-ci se trouve le Dr David Foster, ancien étudiant de la Harvard School of Medicine. Il s'agit là d'un médecin devenu scénariste ; en ce sens, il est ce que Charpy appelle un « doctor[s]-turned-novelist[s] » (2011, p.72). Ceci pourrait être une preuve de sa fiabilité, mais un des problèmes de la série réside dans les cas médicaux qui y sont présentés. Ils sont appelés « medical zebras » (Holtz, 2006) puisqu'ils représentent, dans la réalité, un cas sur un million. Cependant, il est important de préciser que

l'intégralité des cas cliniques de la série sont vrais et peuvent être retrouvés dans les journaux spécialisés tels que le *New England Journal of Medicine* ou *the Lancet* (*Ibid.*). L'aspect professionnel ne s'arrête cependant pas aux scénaristes. En effet, les personnages qui évoluent au sein de l'intrigue reflètent également une catégorie socio-professionnelle :

> Le point de départ de l'histoire est généralement un cas soumis ou porté à l'attention du personnage central dans sa vie professionnelle. (Petit, 1999, p.66)

La réalité professionnelle dans laquelle l'intrigue est ancrée doit aussi être représentée dans la série. Ceci inclut le décor et les personnages qui y évoluent (dans le contexte de cette étude, l'hôpital et le personnel médical), la présence d'experts entourant le personnage central, de matériel professionnel (comme les scanners, les stéthoscopes) et enfin la représentation précise d'actes techniques (lorsqu'un médecin pratique une biopsie par exemple). En effet, cet environnement professionnel est essentiel puisqu'il est l'essence même de l'œuvre : « the profession in question is the very pivot of plot and character dynamics » (Isani, 2004b, p.26).

Enfin, la langue utilisée dans ces séries doit être représentative de la profession au cœur de l'intrigue, et ceci passe par l'utilisation du lexique spécialisé :

> Grâce à sa valeur documentaire, à la fois culturelle et linguistique, le support filmique permet aux étudiants de se faire une idée de certains aspects du cadre spécialisé et de se familiariser avec la composante lexico-terminologique de la langue et du discours. (Chaplier, 2011, n.p.)

Cependant, les séries télévisées sont créées dans le but de divertir le plus grand nombre. Il faudra alors s'attendre à ce qu'elles contiennent à la fois du lexique médical spécialisé et du lexique médical courant (cf. 1.3.3), à travers la mise en scène d'interactions entre professionnels de santé seulement, mais aussi entre un médecin et un patient :

> Le discours oral est illustré par la pratique des dialogues professionnels authentiques qui sont de deux types. Le premier comprend les échanges dits « procéduraux ». Il est spécifique car la terminologie, la phraséologie, l'ordre des tours de parole et autres mécanismes d'interaction verbale sont codifiés ; on relève une plus

> grande proportion de jargon spécialisé. Le second comprend les échanges informels entre collègues, qui sont non procéduraux, non régis par une codification de l'organisation pragmatique. Le ton est moins technique et plus familier, mais il conserve des caractéristiques de technicité, notamment terminologique. (Chaplier, 2011, n.p.)

Ainsi, nous pouvons affirmer au regard des analyses menées jusque-là que certaines séries télévisées font parties du genre FASP puisqu'elles sont largement ancrées dans un domaine spécialisé, comme par exemple *Urgences* pour la FASP médicale ou *The Good Wife* pour la FASP juridique (O'Connell, 2012), en opposition à des séries généralistes telles que *Friends*, *New Girl* ou encore *How I met your Mother*. Il convient désormais de nous intéresser aux avantages de leur utilisation pour l'acquisition de la langue :

> L'un des principaux atouts didactiques de la FASP est sans doute qu'elle offre un reflet fidèle de la diversité discursive née de l'existence de multiples sphères d'interaction au sein d'une même communauté professionnelle. (Isani, 2010, p.112)

Bien que l'aspect linguistique soit un point essentiel à prendre en compte lors du choix d'utilisation d'un type de documents, l'utilisation de séries télévisées peut également être bénéfique dans un contexte d'enseignement/apprentissage de par leur attrait pour la population étudiante :

> One of the attractive features of FASP is its adaptability to a learner-centred approach favouring learner motivation. Meeting new and unfamiliar characters through FASP leads to resonances which encourage students to accept complexity at the core of exchanges with foreigners. (Assier, 2013, p.22)

En effet, l'utilisation de la FASP va aider les étudiants à s'identifier aux personnages et aux situations décrites par l'intrigue, faisant ainsi appel à leur imagination et à leur créativité, dans le but de porter un regard critique sur ce qu'ils observent dans la série, mais également au quotidien :

> Audio-visual FASP ha[s] the advantage of giving clear examples of bad practice, enabling the students to visualise medical errors more easily in a dynamic and interesting way, although the choice of reverse pedagogy – showing what not to do in order to teach what should be done – [is] a risky one. (Franklin-Landi, 2017, 167)

Ainsi, l'utilisation de la FASP pour l'enseignement/apprentissage ne saurait être utile sans un travail et une réflexion en amont, de la part de l'enseignant :

> Il nous semble donc que, comme n'importe quel support authentique, et avec quelques avantages originaux, la FASP peut être intégrée dans une démarche pédagogique adaptée en fonction des divers paramètres habituels : âge et niveaux (dans la discipline et en anglais) des étudiants, objectifs du cours (dosage entre l'anglais 'général' et de spécialité) entre l'écrit et l'oral, etc.), possibilité de collaboration avec les enseignants des disciplines de spécialité, etc. (Petit, 1999, 73)

L'utilisation d'extraits de séries télévisées appartenant à la FASP représente alors des atouts précieux pour l'enseignement/apprentissage de la communication de la consultation médicale. D'un côté, elles font partie du quotidien des étudiants et peuvent donc influer sur leur adhésion au projet d'enseignement/apprentissage, tout en leur apportant une médiation face aux éventuelles difficultés rencontrées :

> L'aspect divertissant de la FASP est une aide à l'apprentissage de la langue de spécialité ; elle fait également découvrir la culture professionnelle qui lui a donné corps. (Le Cor, 2001, p.215)

D'un autre côté, en reflétant une réalité professionnelle, elles peuvent amener les étudiants à construire leur propre posture professionnelle :

> Nous nous intéresserons à ce substrat professionnel en tant que source de données appelée à aider l'apprenant à construire un capital de connaissances – langagières, culturelles et disciplinaires – relatif à son domaine de spécialisation. (Isani, 2006, n.p.)

En effet, par la réalisation de tâches, les étudiants qui suivent cet enseignement apprennent à mieux appréhender les situations auxquelles ils devront faire face au cours de leur carrière (apprentissage par la tâche). L'utilisation d'un modèle (approche constructiviste) ancré dans une réalité professionnelle va les aider à construire leur identité professionnelle tout en intégrant une approche sociale et culturelle :

> La FASP s'intègre bien à l'enseignement par tâches dans une optique didactique actionnelle privilégiant l'association de l'apprentissage de la langue à la réalisation d'actions structurées. […] La tâche comporte aussi une dimension sociolinguistique, très

> proche de la compétence socio-culturelle : parler n'est pas uniquement faire des phrases mais suppose l'acquisition par l'apprenant des marqueurs de relations sociales, des règles de politesse, ainsi que la culture professionnelle. (O'Connell, 2012, n.p.)

Pour conclure, il est nécessaire de rappeler que de nombreux chercheurs se sont penchés sur l'intérêt de la FASP pour la construction de savoirs dans un contexte d'enseignement/apprentissage de l'anglais de spécialité. Toutefois, les recherches sur les séries télévisées non spécialisées se sont concentrées sur l'analyse du discours et la représentation de la réalité (cf. 4.2.1). Ainsi, notre travail de recherche se veut novateur dans le sens où il cherche à comparer l'utilisation de séries télévisées spécialisées et non spécialisées pour l'acquisition et la maîtrise de savoirs, savoir-faire et savoir-être.

4.3. Choix des séries télévisées

L'objectif de cette étude étant de mesurer l'impact de l'utilisation des séries télévisées sur la performance communicationnelle des étudiants, nous avons décidé de confronter deux approches : la série *House, M.D.* qui est largement ancrée dans la sphère médicale, et une approche hybride constituée d'un panachage de séries dont l'action ne se situe pas toujours dans un contexte médical ou hospitalier.

4.3.1. *House, M.D.* : approche contextualisée de la communication professionnelle

De nombreuses séries télévisées médicales existent et il est important d'expliciter pourquoi *House, M.D.* a été choisie. Outre le fait qu'elles répondent aux critères de la FASP (cf. 4.2.5), elle offre de nombreux avantages dont le fait qu'elle ne représente pas une seule spécialité médicale comme d'autres séries telles que *Monroe* pour la neurochirurgie ou *Nip/Tuck* pour la chirurgie plastique. L'équipe de House comprend des

médecins de plusieurs spécialités (neurochirurgie, immunologie, cardiologie). D'autres séries médicales non spécialisées existent comme *Grey's Anatomy* ; cependant, dans cette dernière, la vie privée des personnages prend souvent le pas sur la médecine. Par conséquent, *House, M.D.* semble être la série la plus appropriée à utiliser dans un cours d'anglais médical en faculté de médecine. De plus, elle offre de nombreux exemples de communication professionnelle en contexte hospitalier ; en effet, les scènes représentatives du discours de la consultation médicale mettent en scène soit des médecins entre eux, soit des médecins face à des patients.

Cette série à succès a su ravir un public international de 2004 à 2012. Le Docteur Gregory House, personnage central des huit saisons, est un médecin spécialiste en médecine interne réputé pour son ingéniosité mais aussi pour son addiction à la Vicodine®. Pour lui, il ne sert à rien de voir les patients puisqu'ils ne font que mentir (*Everybody lies* - S1E01[12]), ce qui l'empêche de découvrir leur pathologie. Les rares occasions où il accepte de les voir sont utilisées pour rabaisser les patients ou ses collègues, pour prouver qu'il a raison ou parce qu'il y est contraint. Pourtant, ce qui a rendu la série célèbre est ce personnage que l'on aime détester : les traits qui le caractérisent sont son génie avec sa volonté de connaître l'origine de la maladie à n'importe quel prix, sa misanthropie qui le pousse à mépriser les règles de savoir-vivre et son non-conformisme qui explique son refus de respecter les contraintes ou sa hiérarchie (Colonna, 2010, p.149).

Le fait d'utiliser cette série à des fins d'enseignement/apprentissage en s'appuyant sur les théories de l'apprentissage social (cf. 3.2.1) peut faire ressortir un problème majeur. En effet, l'utilisation de la série *House, M.D.* comme outil pédagogique se pose lorsque l'on pense au personnage même de Gregory House qui a été décrit comme le médecin le plus anti-éthique qui soit (Wicclair, 2008). En plus de son piètre comportement, ses qualités en matière de communication sont restreintes : il invective constamment les patients ou cherche à les

[12] S1E01 renvoie à la saison 1 – épisode 1.

ridiculiser. Il convient alors de se demander si l'utiliser comme exemple serait contre-productif. Isani explique que :

> La dynamique spéculaire qui sous-tend la mise en fiction du milieu spécialisé éclaire de manière synthétique et saisissante les nombreuses contradictions et enjeux qui définissent l'environnement professionnel auquel ces pré-professionnels s'identifient. (2010, p.123)

Ainsi, si l'objectif est de faire réagir les étudiants et de les amener à réfléchir à la manière de communiquer pendant une consultation, le fait d'utiliser un contre-exemple peut être le parfait exemple :

> Dès que l'on insère [dans une intrigue] un personnage qui ne devrait pas s'y trouver, on introduit le germe d'une perturbation ou d'un désordre dans nos pensées les plus usuelles. (Sepulchre, 2011, p.222)

De plus, le fait de présenter House comme le contre-exemple d'une communication qui devrait être exemplaire peut susciter de l'intérêt pour les étudiants :

> La dimension de la surprise narrative, du dépassement du réalisme et de la mise en scène de l'impensable est au cœur de l'intérêt pris aux séries contemporaines. (Glevarec, 2012, p.107)

4.3.1.1. Intérêt des étudiants dijonnais pour *House, M.D.*

Même si la série s'est arrêtée après huit saisons en 2012, et il est intéressant de consulter les étudiants de médecine dijonnais pour savoir s'ils la connaissent et s'y intéressent toujours.

Un questionnaire Google Form® a été envoyé par courriel en octobre 2018 au public ciblé par cette étude (les étudiants de DFGSM2 et DFGSM3 de l'UFR Sciences de Santé de Dijon) afin de connaître leur point de vue concernant l'utilisation de cette série en cours (Annexe 7) : 121 réponses ont été obtenues pour les 470 étudiants inscrits dans ces deux années (56,2 % de DFGSM2 et 43,8 % de DFGSM3). Le même questionnaire avait été envoyé dans les mêmes conditions en 2014 et avait obtenu un nombre

de réponses similaire (116 réponses sur 480 étudiants, 58,1 % DFGSM2 et 41,9 % DFGSM3). Le nombre de réponses force à prendre du recul : seul un tiers environ des étudiants a répondu à ce questionnaire, ce qui implique que l'échantillon n'est pas nécessairement représentatif de la population étudiée. Ce manque de réponses peut s'interpréter suivant deux hypothèses : les étudiants n'ont pas répondu parce qu'ils n'ont pas eu ou pris le temps de le faire, ou ils n'ont pas répondu parce que cette série ne présente pas d'intérêt pour eux. Si cette seconde hypothèse se révélait être la bonne, alors les résultats pourraient être interprétés différemment. Il faut également noter que lors des deux envois, la série était terminée mais le laps de temps d'arrêt était plus important pour les réponses au deuxième questionnaire (Tableau 10).

	2014 (%)	2018 (%)
Regardez-vous la série House ?	64	64
La série est :		
Divertissante	52	83
Intéressante	45	60
Instructive	24	24
Sans intérêt	0	4
Dangereuse	0	2
Souhaiteriez-vous travailler sur cette série en cours d'anglais ? OUI	98	97
OUI : Apprentissage plus ludique	98	93
OUI : J'aime cette série	50	47
OUI : Elle permet d'acquérir des connaissances médicales	69	70
OUI : Autres	Lexique 2	Lexique 1
Souhaiteriez-vous travailler sur cette série en cours d'anglais ? NON	2	3
NON : Je n'aime pas cette série	0	60
NON : La série comporte des erreurs médicales	2	40
NON : La série pose des problèmes d'éthique	0	20
Que pouvez-vous travailler grâce à cette série ?		
La prise en charge du patient	57	44
La recherche de symptômes et le diagnostic	69	67
Le lexique spécialisé	74	90
Autres	Pronon. 86 Culture 74	Éthique 25

Tableau 10 : Résultats des questionnaires soumis en 2014 et 2018 aux étudiants de médecine dijonnais concernant leur intérêt pour la série *House, M.D.* et son utilisation en cours d'anglais

Il est intéressant de noter que les résultats sont sensiblement les mêmes en dépit des quatre années qui ont séparé les deux questionnaires. Malgré un arrêt de la série en 2012, les étudiants de médecine connaissent majoritairement la série et la suivent, probablement car elle est toujours diffusée régulièrement sur les chaînes françaises ; notre choix semble donc favorable pour la création du P2. De plus, la quasi-totalité des étudiants qui ont répondu est favorable à un travail sur cette série pendant les cours d'anglais.

4.3.2. Approche hybride de la communication professionnelle par le panachage de séries télévisées

Dans cette section, chaque série télévisée utilisée pour l'approche hybride est présentée de manière générale sous forme d'un tableau récapitulatif incluant, entre autres, les acteurs principaux, les producteurs ou encore l'audimat de la première saison aux États-Unis, suivi d'un court synopsis[13]. Les séries sont présentées par ordre alphabétique. Le but ici n'est pas d'en faire une analyse mais une simple présentation. Ces séries sont catégorisées comme étant non médicales puisqu'elles ne se déroulent pas dans un milieu hospitalier ou médical.

Brooklyn Nine-Nine

Cette série met en scène Jake Peralta, un détective du New York Police Department talentueux mais immature qui exerce à Brooklyn. Lui et toute l'équipe du département doivent composer avec un chef de brigade rigoureux, le Capitaine Holt.

[13] Les informations ont été collectées sur le site <https://pro.imdb.com/> qui répertorie les séries et films et en donne les informations essentielles, et ont été obtenues en juin 2019.

Genre	Comédie
Créateurs	Daniel J. Goor, Michael Schur
Production	Fremulon, Dr. Good Productions, 3 Arts Entertainment, Universal Television, 20th Century Fox Television
Distribution	Fox Network
Acteurs principaux	Andy Samberg, Stephanie Beatriz, Terry Crews
Date	2013 -
Nombre de saisons	6
Nombre d'épisodes	143
Durée des épisodes	22 minutes
Audimat moyen saison 1	6,12 millions

Cougar Town

Jules Cobbs attire constamment l'attention et gagne la sympathie de tout le monde. C'est le cas de sa tyrannique voisine Ellie et de son nouveau voisin Grayson. Les habitants de ce quartier de Floride forment un gang de quadragénaires sympathiques et attachants, le « Cul-de-sac Crew ».

Genre	Comédie
Créateurs	Kevin Biegel, Bill Lawrence
Production	Doozer
Distribution	American Broadcasting Company (ABC) Turner Broadcasting System (TBS)
Acteurs principaux	Courteney Cox, Christa Miller, Busy Philipps
Date	2009 – 2012 / 2013 - 2015
Nombre de saisons	6
Nombre d'épisodes	102
Durée des épisodes	22 minutes
Audimat moyen saison 1	11,28 millions

Criminal Minds

Le Bureau d'Analyse du Comportement est une unité du FBI dont le but est d'assister la police locale à travers les États-Unis pour résoudre des crimes commis par des tueurs en série.

Genre	Policier
Créateurs	Jeff Davis
Production	Touchstone Television, ABC Studios, CBS Television Studios, The Mark Gordon Company
Distribution	CBS
Acteurs principaux	Thomas Gibbson, Shemar Moore, Matthew Gray Gubler, Joe Mantegna, Kirsten Vangness, A.J. Cook
Date	2005 -
Nombre de saisons	15
Nombre d'épisodes	314
Durée des épisodes	42 minutes
Audimat moyen saison 1	12,63 millions

Desperate Housewives

Cette série dépeint la vie de banlieue de femmes au foyer, leur vie amoureuse et conjugale ainsi que leurs problèmes familiaux. Chaque nouvelle saison amène son nouveau lot de mystère.

Genre	Comédie, drame
Créateurs	Marc Cherry
Production	Cherry Productions, Touchstone Television, ABC Studios
Distribution	American Broadcasting Company (ABC)
Acteurs principaux	Teri Hatcher, Felicity Huffman, Eva Longoria, Maria Cross
Date	2004 - 2012
Nombre de saisons	8
Nombre d'épisodes	180
Durée des épisodes	42 minutes
Audimat moyen saison 1	24,13 millions

Friends

Un groupe de six amis d'une vingtaine d'année vit à New York au début des années 1990. Au cours des saisons, le téléspectateur voit évoluer leur vie.

Genre	Comédie
Créateurs	David Crane, Marta Kauffman
Production	Warner Bros. Television
Distribution	National Broadcasting Company (NBC)
Acteurs principaux	Courteney Cox, Jennifer Anniston, Lisa Kudrow, David Schwimmer, Matthew Perry, Matt Le Blanc
Date	1994 - 2004
Nombre de saisons	10
Nombre d'épisodes	236
Durée des épisodes	22 minutes
Audimat moyen saison 1	24,8 millions

Modern Family

Cette série se présente sous la forme d'un documentaire parodique dans lequel les membres d'une famille se livrent à des confidences sur les événements de leur vie privée et familiale.

Genre	Comédie
Créateurs	Christopher Lloyd, Steven Levitan
Production	Twentieth Television
Distribution	American Broadcasting Company (ABC)
Acteurs principaux	Ed O'Neill, Sofia Vergara, Julie Bowen
Date	2009 -
Nombre de saisons	10
Nombre d'épisodes	232
Durée des épisodes	22 minutes
Audimat moyen saison 1	9,39 millions

Parks and Recreation

Cette série met en scène le quotidien des employés de parcs de l'Indiana dans la ville de Pawnee. L'intrigue est principalement centrée sur la directrice adjointe qui a de grandes ambitions professionnelles et politiques.

Genre	Comédie
Créateurs	Greg Daniels, Michael Schur
Production	Deedle-Dee productions
Distribution	National Broadcasting Company (NBC)
Acteurs principaux	Amy Poehler, Nick Offerman, Aubrey Plaza
Date	2009 - 2015
Nombre de saisons	7
Nombre d'épisodes	125
Durée des épisodes	22 minutes
Audimat moyen saison 1	5,37 millions

Speechless

Mère de trois enfants, Maya DiMeo déploie une énergie folle pour que son fils aîné souffrant d'infirmité motrice cérébrale, puisse grandir en bénéficiant des meilleurs soins.

Genre	Comédie
Créateurs	Scott Silveri
Production	Silver and Gold Productions
Distribution	American Broadcasting Company (ABC)
Acteurs principaux	Minnie Driver, John Ross Bowie, Cedric Yarbrough
Date	2016 - 2019
Nombre de saisons	3
Nombre d'épisodes	63
Durée des épisodes	30 minutes
Audimat moyen saison 1	2,8 millions

The Big Bang Theory

La série suit la vie de deux scientifiques vivant en colocation dans la banlieue de Los Angeles : le physicien expérimental Leonard Hofstadter et le physicien théoricien Sheldon Cooper. Ils habitent en face d'une serveuse dont le rêve est de devenir actrice.

Genre	Comédie
Créateurs	Chuck Lorre, Bill Prady
Production	Chuck Lorre Productions
Distribution	CBS
Acteurs principaux	Jim Parsons, Johnny Galecki, Kaley Cuoco
Date	2007 - 2019
Nombre de saisons	12
Nombre d'épisodes	279
Durée des épisodes	22 minutes
Audimat moyen saison 1	8,31 millions

The Fosters

Deux femmes en couple sont les heureuses mamans de trois enfants : Brandon, le fils biologique de Stef, issu d'un précédent mariage, et des jumeaux adoptés. Leur équilibre familial est bousculé lorsqu'elles accueillent une adolescente rebelle au sein de leur foyer.

Genre	Drame
Créateurs	Bradley Bredeweg, Peter Paige
Production	Blazing Elm Entertainment
Distribution	ABC Family
Acteurs principaux	Teri Polo, Sherri Saum, Maia Mitchell
Date	2013 - 2018
Nombre de saisons	5
Nombre d'épisodes	104
Durée des épisodes	60 minutes
Audimat moyen saison 1	1,68 millions

The Ranch

Les Bennett sont une famille dysfonctionnelle composée de deux frères, leur père éleveur et leur mère propriétaire du bar local. Après une carrière dans le football semi-pro, l'un des frères, retourne vivre dans le ranch familial qu'il essaye de diriger avec son frère aîné malgré les problèmes de cohabitation avec leur père.

Genre	Comédie
Créateurs	Jim Patterson, Don Reo
Production	Ranch Hand Productions
Distribution	Netflix
Acteurs principaux	Ashton Kutcher, Debra Winger, Sam Elliott, Danny Masterson
Date	2016 -
Nombre de saisons	4
Nombre d'épisodes	60
Durée des épisodes	30 minutes
Audimat moyen saison 1	non disponible

Two and a half Men

La vie d'un riche célibataire est bouleversée lorsque son frère divorcé et son neveu de 10 ans débarquent chez lui. Malgré leurs différences, les deux frères décident de cohabiter pour offrir un foyer au jeune Jake.

Genre	Comédie
Créateurs	Lee Aronsohn, Chuck Lorre
Production	Chuck Lorre Productions
Distribution	CBS
Acteurs principaux	Charlie Sheen, Jon Cryer, Ashton Kutcher
Date	2003 - 2015
Nombre de saisons	12
Nombre d'épisodes	162
Durée des épisodes	22 minutes
Audimat moyen saison 1	15,31 millions

Synthèse

Notre étude s'interroge sur la portée de l'utilisation de séries télévisées pour l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation, ce qui nous a poussés à les analyser non plus en tant que spectateur, mais en tant que chercheur. Nous avons ainsi pu démontrer le bien-fondé de notre recherche, tant du point de vue didactique, que du point de vue pédagogique, puisque les séries télévisées présentent de nombreux avantages pour l'enseignant qui souhaite les utiliser comme outil pédagogique pour un travail approfondi des savoirs, savoir-faire et savoir-être en lien avec la communication médicale. Les séries télévisées agissent sur les processus d'apprentissage en tant que médiation, mais aussi en offrant la possibilité aux étudiants d'acquérir des savoirs de manière informelle. Il a également été démontré que les séries appartenant au genre FASP présentent de multiples atouts pour les situations d'enseignement/apprentissage. Or, notre recherche s'appuie aussi sur des séries non spécialisées, bien que représentant des interactions médicales. Cette variation dans le choix des supports peut permettre de nuancer les réponses à notre problématique de départ.

Conclusion

Cette première partie avait pour objectif de poser le cadre théorique de notre recherche. L'analyse des besoins en anglais des étudiants de médecine en France a mis en lumière la nécessité de mettre en place un enseignement/apprentissage de l'anglais médical à visée professionnelle pour ce public cible. Les étudiants doivent maîtriser la consultation médicale en français, mais également en anglais. L'étude de la consultation a révélé l'importance capitale de la langue spécialisée, mais aussi de sa visée culturelle pour la pratique des futurs professionnels de santé. La communication, telle que nous l'envisageons dans cette étude, renvoie alors bien à des savoirs, savoir-faire et savoir-être que les étudiants doivent acquérir afin de devenir autonomes dans une situation de communication avec un patient étranger.

L'enseignement dispensé doit être construit en s'appuyant sur les théories didactico-pédagogiques existantes visant l'acquisition des savoirs, savoir-faire et savoir-être en lien avec les besoins des étudiants. Afin de rendre cet enseignement/apprentissage plus pertinent pour les étudiants, il convient de les placer au centre du processus, en leur faisant prendre conscience des enjeux

sous-jacents et en utilisant des outils pédagogiques en lien avec leurs centres d'intérêt, garantissant ainsi leur adhésion au projet.

Les recherches menées sur l'utilisation de séries télévisées pour l'enseignement/apprentissage de la communication de la consultation permettent d'affirmer que cet outil peut impacter positivement le processus d'acquisition des savoirs, savoir-faire et savoir-être, car elles font partie de la culture personnelle des étudiants.

Ces recherches nous ont permis d'affiner notre problématique de départ et de dégager les questions de recherche qui guident la suite de ce travail. Ainsi, nous allons tenter de répondre aux questions suivantes :

- Si l'utilisation de séries télévisées peut être bénéfique à l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale, existe-t-il une différence entre l'utilisation de séries spécialisées (FASP) et de séries généralistes ?

- L'utilisation de séries télévisées a-t-elle un impact sur la performance communicative des étudiants ? Pour tenter de répondre à cette question, nous avons dégagé trois critères de jugement qui sont l'acquisition et l'utilisation du lexique en contexte, la compétence communicationnelle dans le contexte de la consultation médicale, et le ressenti des participants.

Dans le but de répondre à ces questions, nous allons désormais nous concentrer sur le cadre méthodologique de cette étude.

DEUXIÈME PARTIE
CADRAGE MÉTHODOLOGIQUE

Introduction

L'objectif de cette deuxième partie est de présenter le cadre méthodologique mis en place dans cette étude. Le cadrage théorique établi dans la première partie sert désormais de base de travail pour la conception du programme, dont le but est de répondre à notre problématique de départ et aux questions de recherche sous-jacentes. Le point central de cette étude étant de mesurer l'impact des documents utilisés en cours sur l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation chez les étudiants de médecine français, trois groupes d'étudiants ont reçu le même enseignement, seuls les documents utilisés différaient. De ce fait, il est nécessaire de présenter la méthode suivie pour la conception du programme, ainsi que pour les choix des supports. Les séries télévisées, telles qu'elles ont été présentées, offrent de nombreux avantages pour l'enseignement/apprentissage d'une langue-culture. Les extraits sélectionnés doivent, de ce fait, répondre aux enjeux de la recherche afin de collecter des données scientifiques permettant de mesurer leur impact. Cette collecte de données ne saurait toutefois être fiable si elle ne répondait pas à des protocoles de recherche préalablement établis.

Le cadrage méthodologique est la pierre angulaire de toute recherche scientifique ; les protocoles sont rédigés à l'avance, et servent de cahier des charges duquel le chercheur ne peut se détacher sous peine de fausser les résultats (Bossali, Ndziessi, Paraiso Moussilao, Ouendo, Napo Koura, Houinato, Kapo-Chichi, Makoutodé, Matongo, Rosaire Ibara1, Ngaporo, 2015, p.26). Dans le cadre de cette recherche, le protocole établi comprend la création du nouveau programme visant à répondre aux besoins de la population cible, les modalités d'évaluation des participants, la collecte de données et la méthode d'analyse de celles-ci, et enfin, le recrutement et la randomisation des participants, ainsi que la chronologie de l'étude. Chacun de ces points fait l'objet d'un chapitre ou d'une section afin d'être le plus transparent possible sur la méthode suivie, tout en permettant l'éventuelle reproductibilité de l'étude :

> La méthode d'étude doit être clairement expliquée et écrite de telle sorte que sa compréhension soit facile permettant sa reproductibilité par d'autres chercheurs. (Bossali *et al.*, 2015, p.26)

CHAPITRE 5
CONCEPTION DU PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT/APPRENTISSAGE

Ce chapitre a pour objectif de présenter la méthode suivie pour la conception du nouveau programme mis en place dans le but de répondre à notre hypothèse de départ. Ce programme doit être en adéquation avec les objectifs définis dans la première partie, tout en amenant les étudiants qui le suivent à acquérir des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être en lien avec la situation de communication visée. Les savoirs renvoient aux objectifs langagiers et médicaux, les savoir-faire aux compétences communicationnelles en lien avec la consultation, et enfin les savoir-être à la posture professionnelle à adopter dans le but de favoriser et de maintenir la relation médecin/patient. Dans un premier temps, la méthode suivie pour la conception de ce nouveau programme sera introduite, nous expliquerons la manière dont la linguistique de corpus vient renforcer les stratégies visant l'acquisition du lexique, et nous introduirons la manière dont les étudiants sont évalués à l'issue de leur participation à ce cours. Dans un second temps,

la déclinaison des trois programmes sera présentée. Nous expliciterons le processus de sélection des documents pour chaque programme de l'étude, et nous définirons leur utilisation pédagogique. Dans un troisième temps, nous évaluerons la pertinence des documents des trois programmes dans le but de limiter les biais potentiels en lien avec ceux-ci.

5.1. Fondements didactiques pour la conception du nouveau programme d'enseignement/apprentissage

Ce chapitre se concentre sur le nouveau programme d'enseignement/apprentissage, central à notre étude, puisque la réponse à l'hypothèse de départ s'appuie largement dessus. Il est alors opportun de présenter la démarche didactique qui a guidé la conception de ce programme :

> Par démarche didactique, on entendra, d'une part, les modalités d'enseignement (techniques, moyens, procédés, stratégies, etc.) visant à favoriser une démarche d'apprentissage, c'est-à-dire l'appropriation par des apprenants d'un certain contenu : savoirs, attitudes, valeurs, habiletés, etc. et, d'autre part, le mode d'organisation des activités didactiques (par exemple, en cycles didactiques ou en séquences d'enseignement). (Germain, 2010, p.30)

Dans les précédents chapitres de cette thèse, les stratégies d'enseignement/apprentissage utilisées pour l'expérimentation ont été explicitées, et elles vont désormais servir de base de travail pour introduire la démarche de conception de ce programme. L'objectif principal de celui-ci est d'amener les étudiants qui le suivent à maîtriser la communication de la consultation médicale. Il est donc nécessaire de créer une adéquation entre l'objectif principal et les objectifs secondaires, qui comprennent l'acquisition de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être en lien avec la situation de communication visée, et l'utilisation de séries télévisées. Toutefois, comme indiqué précédemment, cette recherche ne s'axe pas seulement sur l'acquisition de savoirs, mais elle intègre également les séries télévisées comme nouvel outil pédagogique en cherchant à mesurer leur impact sur l'acquisition de savoirs, savoir-faire et savoir-être par les étudiants. Il ne s'agit pas de se concentrer

uniquement sur le transfert savoirs savants –savoirs enseignés, mais également de proposer une réflexion sur les outils employés. Le but premier des séries télévisées est le divertissement, il faut alors opérer des modifications sur cet outil afin de le rendre utilisable dans un contexte d'enseignement/apprentissage. En ce sens, la transposition didactique désigne :

> L'adaptation ou la transformation non seulement de « savoirs savants » en « savoirs enseignés », mais également pour désigner l'adaptation ou la transformation de tout type de contenu (disciplinaire ou non disciplinaire) en un contenu d'enseignement. (Germain, 2010, p.29)

Il est donc du rôle du didacticien « d'intervenir sur une formation en fonction des paramètres de l'apprentissage d'une part, et des paramètres de l'enseignement d'autre part dans le but de chercher des solutions de compromis à des problèmes de terrain » (Doucet, 1997, p.255). D'une manière générale, l'enseignement émane du professeur qui, de par sa formation, a réfléchi aux objectifs et à la manière de les construire et de les articuler pour permettre aux étudiants d'acquérir de nouveaux savoirs. L'apprentissage est, quant à lui, un processus cognitif qui vise le traitement et le stockage de nouvelles informations (Toscani & Restrepo, 2017, p.82) ; l'étudiant est donc acteur de son apprentissage, et le professeur est acteur de son enseignement.

5.1.1. Conception du nouveau programme à des fins scientifiques

Le programme nouvellement conçu est dispensé sous l'appellation Module Optionnel Anglais Oral Consultation auquel les étudiants de DFGSM2, DFGSM3, pharmacie et maïeutique peuvent s'inscrire, parmi une liste de 10 modules optionnels.

Le terme programme est utilisé au singulier, même si l'étude en comporte en fait trois. Les étudiants bénéficient alors des mêmes supports de cours produits par l'enseignant et de la même progression, seuls les documents changent : le programme traditionnel (P1) s'appuie sur des documents didactisés et didactiques (cf. 4.1), le programme contextualisé (P2) sur des extraits de la série télévisée *House, M.D.* (cf.4.3.1), et le programme hybride

(P3) sur un panachage d'extraits de séries télévisées médicales et généralistes (cf. 4.3.2) (Figure 48).

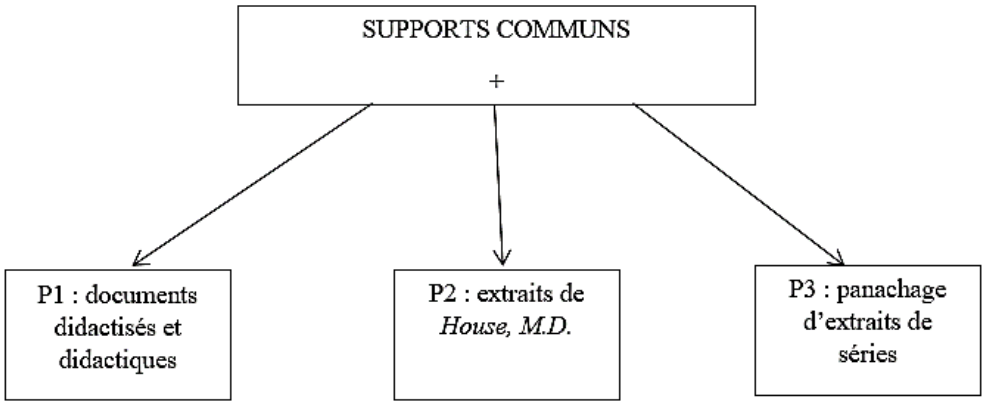


Figure 48 : Arborescence du nouveau programme d'enseignement

Une telle division du programme en trois a pour objectif de mesurer l'impact de l'utilisation des documents propres à chaque programme sur l'acquisition de la communication pour la consultation chez les étudiants de médecine français : ainsi, l'impact des documents utilisés pourra être mesuré en comparant l'utilisation de documents traditionnels et l'utilisation de séries télévisées (P1 comparé à P2+P3), puis une seconde comparaison pourra être faite entre les types de séries télévisées (P2 comparé avec P3). Dans ce sens, le P1 a été conçu pour servir de programme témoin et de base pédagogique pour l'enseignement/apprentissage de la communication de la consultation médicale. Toutefois, chaque programme s'appuie sur les mêmes supports pédagogiques dont la conception nécessite d'être présentée.

5.1.2. La linguistique de corpus au service de la conception des supports pédagogiques communs aux trois programmes

La déconstruction de la consultation (cf. 2.2), ainsi que les théories d'apprentissage par la tâche (cf. 3.2.2) ont guidé la construction du nouveau programme et aidé à la création des supports pédagogiques communs aux trois programmes : chaque TD se concentre sur une partie spécifique de la consultation, ce qui garantit une progression logique par étape (Tableau 11).

TD1	*Taking a history*	Prise d'antécédents
TD2	*Presenting complaint*	Les symptômes
TD3	*Presenting complaint – pain*	Les symptômes : la douleur
TD4	*Past medical history*	Les antécédents médicaux
TD5	*Clinical exam: vital signs & review of the systems*	Examen clinique: constantes et systèmes
TD6	*Clinical exam: neurological exam – mental assessment*	Examen clinique: examen neurologique – évaluation mentale
TD7	*Clinical exam: neurological exam – physical assessment*	Examen clinique : examen neurologique – évaluation physique
TD8	*Complementary exams*	Examens complémentaires
TD9	*Announcing the diagnosis*	L'annonce du diagnostic
TD10	*Prescribing*	Prescrire
TD11	*Dealing with conflicts*	Gérer les conflits
TD12	*Revision & exam practice*	Révision et entraînement à l'examen

Tableau 11 : Séquençage des cours d'anglais pour l'apprentissage de la communication de la consultation médicale

Le support de cours, identique aux trois programmes (Annexe 1), a été construit grâce aux ressources disponibles en accès libre sur Internet (Tableau 12).

A	Kensington hospital. Admission Form.
B	123 Form Builder. Hospital admission form
C	Johns Hopkins Medicine. Patient History Form.
D	Medical History Questionnaire.
E	Johns Hopkins Medicine. Anesthesiology and Critical Care Medicine, Division of Pain Medicine.
F	Mount Clemens Regional Medical Center. History and physical examination form hospital admit note.
G	Standardised Mini-Mental State Examination (SMMSE).
H	Mini Mental State Examination (MMSE).
I	ACI NSW Agency for Clinical Innovation. Adult Neurological Observation Chart, education Package.
J	PRU Life UK. Attending physician's statement, neurological exam form.
K	Lake City Community Hospital. Universal Medication Form.
L	FARE Food Allergy Research and Education. Allergic Reaction Action Plan.
M	Oxford University Hospitals, NHS Trust. Severe allergic reaction action plan.

Tableau 12 : Pages Internet utilisées pour la création du *Booklet* (dernière consultation le 01/06/2019)

Le premier objectif de ce support est d'amener les étudiants à se familiariser avec le type de documents que les médecins utilisent dans un contexte hospitalier face à un patient, et donc assurer un travail adéquat sur le savoir de la consultation médicale. Un corpus de documents a été créé et les

recherches se sont concentrées sur des documents répondant aux critères préalablement définis :

> Un corpus conventionnel […] est une collection de textes, réunis selon des critères bien définis afin de pouvoir les interroger comme un ensemble cohérent et représentatif. (Boulton, 2009, p.103)

De ce fait, les recherches ont porté sur des formulaires à remplir destinés aux professionnels de santé ou aux patients et conçus par ou pour des hôpitaux anglophones :

> En linguistique de corpus, le terme de "corpus" renvoie généralement à une grande collection de textes authentiques, présentée sous forme électronique, et censée être représentative d'une langue ou d'une variété de langues. (Macaire & Boulton, 2014, p.1)

L'intérêt de ce corpus consiste à faire émerger le lexique de la consultation médicale. Pour ce faire, le phénomène de répétitions des termes est observé afin de faire apparaître les schémas de la langue (*pattern*) : « In language, a pattern is observed when words, sounds, rhythms or structures are repeated » (Hunston, 2010, p.152). L'identification de ces schémas répétitifs permet de mieux comprendre la langue dans sa globalité :

> The identification of patterns in a corpus implies […] a theory of meaning in language that stresses that meaning is discovered in language situated in context, not in words in isolation. (*Ibid.*, p.156)

L'analyse du lexique par le biais de corpus est également d'un intérêt particulier pour cette recherche. Selon Swan, « a lexical syllabus based on word frequency lists is the only way of ensuring adequate lexical coverage » (2005, p.393). Cependant, pour être pertinent, il est nécessaire que ces corpus lexicaux soient en lien avec le genre étudié :

> Unfortunately, most word frequency lists are based on corpora unconnected to the discourse domains relevant for particular groups or types of learners, especially advanced learners. (Long, 2016, p.18)

C'est la raison pour laquelle la sélection des documents à inclure dans ce corpus a été minutieuse et que seuls des documents provenant d'hôpitaux anglophones

ont été choisis. Ainsi, ce corpus offre de nombreux avantages pour l'enseignement/apprentissage de la langue de la consultation, notamment dans le fait qu'il guide l'enseignant dans la préparation du programme, grâce à :

- L'accès aux régularités à travers un grand nombre d'occurrences ;
- l'accès aux sens les plus fréquents (et qui n'est possible ni par les dictionnaires, ni par l'intuition chez les natifs) ;
- l'accès à la variation ;
- l'accès aux contextes d'utilisation. (Ciekanski, 2014, p.4)

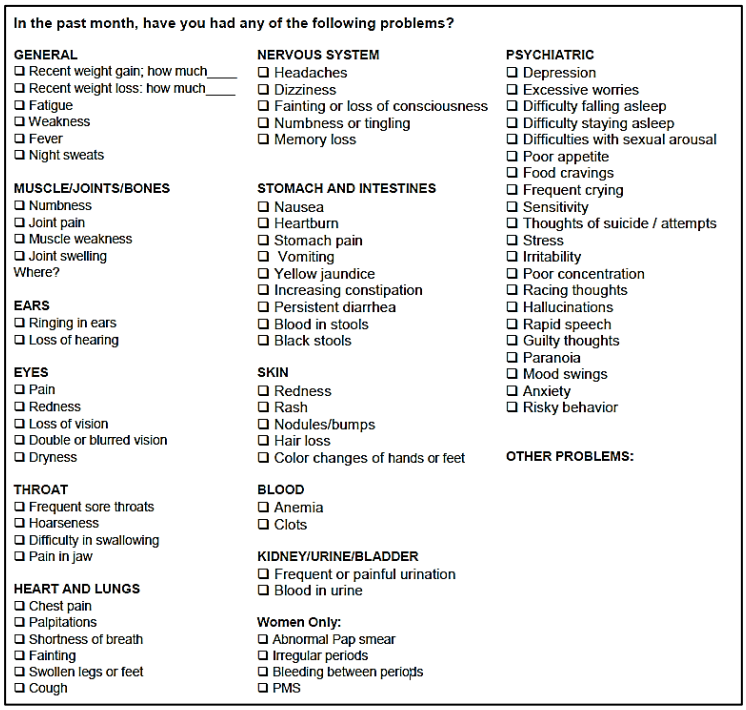
Notre corpus ne comporte que 13 documents issus d'Internet mais qui répondent tous aux critères définis préalablement. Ce corpus, bien que de petite taille, garantit alors l'authenticité de la langue qui y est contenue et sert à assurer l'adéquation entre les pratiques professionnelles médicales actuelles et l'apprentissage visé, en vue de la réalisation d'une micro-tâche communicative (Perrin, 1990) :

> Dans ce cas, le corpus peut rassembler un nombre plus restreint de données langagières mais représentatives des objectifs pragmatiques visés voire de points particuliers de la langue. (André, 2018, p.78)

Cependant, certains TD se font sans support, le thème de la séance ne s'y prêtant pas (TD9, TD11, TD12, cf. Tableau 11). Dans ce cas, ce sont les outils pédagogiques utilisés (documents traditionnels ou extraits de séries télévisées) qui amènent la discussion, puis le travail sur la micro-tâche.

Les documents ainsi collectés ont fait émerger les différentes sous-parties de chaque étape de la consultation. Les parties de documents se référant aux mêmes sous parties ont ensuite été comparées entre elles, afin d'en faire ressortir l'organisation logique et les termes essentiels. Un travail manuel d'assemblage des données a ensuite été opéré afin de compiler les données retenues dans les documents supports.

À titre d'exemple, la construction de la partie *General symptoms* de la fiche support *Presenting complaint* (TD2) est décrite. Les données présentes dans les documents C (Illustration 1) et D (Illustration 2) du Tableau 12 ont été sélectionnées :



In the past month, have you had any of the following problems?

GENERAL
❑ Recent weight gain; how much____
❑ Recent weight loss: how much____
❑ Fatigue
❑ Weakness
❑ Fever
❑ Night sweats

MUSCLE/JOINTS/BONES
❑ Numbness
❑ Joint pain
❑ Muscle weakness
❑ Joint swelling
Where?

EARS
❑ Ringing in ears
❑ Loss of hearing

EYES
❑ Pain
❑ Redness
❑ Loss of vision
❑ Double or blurred vision
❑ Dryness

THROAT
❑ Frequent sore throats
❑ Hoarseness
❑ Difficulty in swallowing
❑ Pain in jaw

HEART AND LUNGS
❑ Chest pain
❑ Palpitations
❑ Shortness of breath
❑ Fainting
❑ Swollen legs or feet
❑ Cough

NERVOUS SYSTEM
❑ Headaches
❑ Dizziness
❑ Fainting or loss of consciousness
❑ Numbness or tingling
❑ Memory loss

STOMACH AND INTESTINES
❑ Nausea
❑ Heartburn
❑ Stomach pain
❑ Vomiting
❑ Yellow jaundice
❑ Increasing constipation
❑ Persistent diarrhea
❑ Blood in stools
❑ Black stools

SKIN
❑ Redness
❑ Rash
❑ Nodules/bumps
❑ Hair loss
❑ Color changes of hands or feet

BLOOD
❑ Anemia
❑ Clots

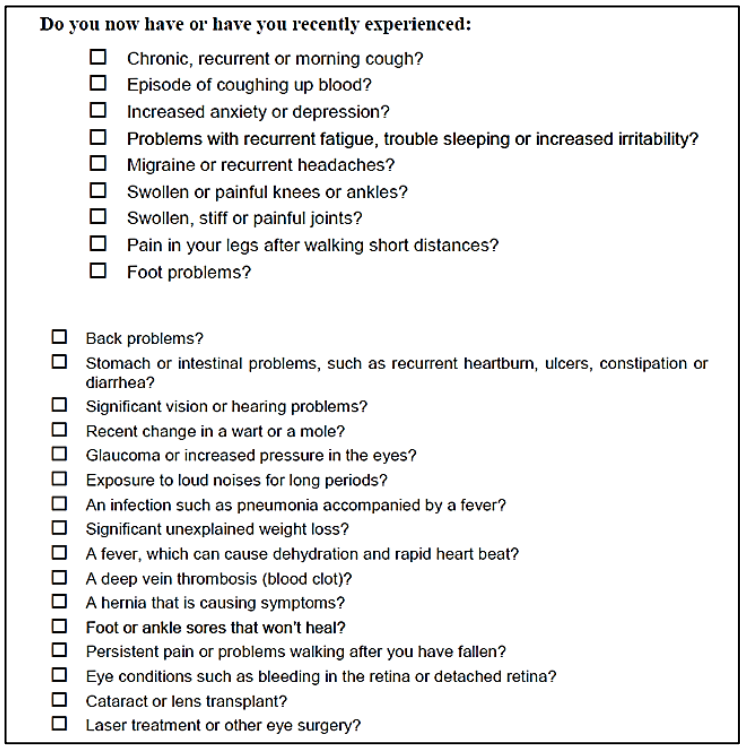
KIDNEY/URINE/BLADDER
❑ Frequent or painful urination
❑ Blood in urine

Women Only:
❑ Abnormal Pap smear
❑ Irregular periods
❑ Bleeding between periods
❑ PMS

PSYCHIATRIC
❑ Depression
❑ Excessive worries
❑ Difficulty falling asleep
❑ Difficulty staying asleep
❑ Difficulties with sexual arousal
❑ Poor appetite
❑ Food cravings
❑ Frequent crying
❑ Sensitivity
❑ Thoughts of suicide / attempts
❑ Stress
❑ Irritability
❑ Poor concentration
❑ Racing thoughts
❑ Hallucinations
❑ Rapid speech
❑ Guilty thoughts
❑ Paranoia
❑ Mood swings
❑ Anxiety
❑ Risky behavior

OTHER PROBLEMS:

Illustration 1 : Extrait du document C utilisé pour la conception de la fiche support du TD2 *Presenting Complaint*



Do you now have or have you recently experienced:

☐ Chronic, recurrent or morning cough?
☐ Episode of coughing up blood?
☐ Increased anxiety or depression?
☐ Problems with recurrent fatigue, trouble sleeping or increased irritability?
☐ Migraine or recurrent headaches?
☐ Swollen or painful knees or ankles?
☐ Swollen, stiff or painful joints?
☐ Pain in your legs after walking short distances?
☐ Foot problems?

☐ Back problems?
☐ Stomach or intestinal problems, such as recurrent heartburn, ulcers, constipation or diarrhea?
☐ Significant vision or hearing problems?
☐ Recent change in a wart or a mole?
☐ Glaucoma or increased pressure in the eyes?
☐ Exposure to loud noises for long periods?
☐ An infection such as pneumonia accompanied by a fever?
☐ Significant unexplained weight loss?
☐ A fever, which can cause dehydration and rapid heart beat?
☐ A deep vein thrombosis (blood clot)?
☐ A hernia that is causing symptoms?
☐ Foot or ankle sores that won't heal?
☐ Persistent pain or problems walking after you have fallen?
☐ Eye conditions such as bleeding in the retina or detached retina?
☐ Cataract or lens transplant?
☐ Laser treatment or other eye surgery?

Illustration 2 : Extrait du document D utilisé pour la conception de la fiche support du TD2 *Presenting Complaint*

Le travail comparatif de ces deux documents a fait ressortir les symptômes les plus communs, qui ont ensuite été insérés dans un tableau de manière à reproduire le format des documents originaux (cases à cocher) :

PRESENTING COMPLAINT

GENERAL SYMPTOMS

malaise	weakness	fatigue	drowsiness	insomnia
anorexia	nausea	vomiting	wt loss	heartburn
fever (continuous/cyclic, sudden/progressive onset…)			chills	sweat
numbness	tingling	swelling		
bleeding	rash	bruising		

Illustration 3 : Extrait de la fiche support du TD2 *Presenting Complaint*

Les différents symptômes ont été classés par catégories. L'Illustration 3 présente les symptômes généraux répartis en divers niveaux de focalisations : état général du patient (ligne 1), système gastrique (ligne 2), symptômes associés à un possible état infectieux (ligne 3), système nerveux central (ligne 4), symptômes cutanées (ligne 5). Il a volontairement été décidé de mélanger le lexique médical spécialisé (*insomnia*, *anorexia*…) et courant (*swelling*, *bleeding*…) afin de favoriser un travail de groupe et de permettre aux étudiants d'acquérir un double niveau de langue tout en travaillant leurs savoirs, et leurs savoir-faire.

À l'issue de la période d'enseignement, les étudiants ont passé un examen visant à évaluer leur acquis. Dans le but de collecter des données pouvant par la suite être comparées, cette évaluation a été la même pour les trois groupes.

5.1.3. Évaluation sommative : conception et modalités

Les étudiants inscrits au module consultation ont été évalués dans les quinze jours suivants le dernier TD par un examen oral de 15 minutes, au cours duquel ils devaient mener une consultation complète, sans temps de préparation (cf. 3.3.3). Dans le cadre de cette étude, l'évaluation sommative des étudiants a deux fonctions : celle de les évaluer de manière académique dans le cadre de leur

cursus universitaire, et celle de collecter des données dans le but de les analyser et de répondre à la problématique de départ. Ainsi, les évaluations sommatives de chaque participant à notre étude ont pour but de collecter des données visant à répondre à deux de nos critères de jugement : l'acquisition et la mémorisation du lexique d'une part, et la compétence communicationnelle d'autre part.

À l'origine, le protocole d'évaluation prévoyait que l'étudiant soit face à un patient-acteur. Il était prévu qu'ils soient recrutés, sur la base du volontariat, parmi le bassin d'étudiants étrangers présents sur le campus dijonnais. Ils devaient ensuite être formés sur une demi-journée pour leur expliquer le fonctionnement de l'examen. Plusieurs annonces ont été passées sur la page Facebook® de l'Université de Bourgogne Franche-Comté, par l'intermédiaire le pôle des Relations internationales de l'université qui est en charge des étudiants étrangers du campus et du Centre de Langues qui gère les lecteurs étrangers (Illustration 4). Malheureusement, après plusieurs annonces publiées, un seul candidat a répondu de manière favorable ; la non-rémunération et le temps demandé peuvent expliquer ce manque d'intérêt. Face à ce problème organisationnel, il a été décidé que l'enseignant assumerait le rôle du patient. Il est évident que cela entraîne des biais dans l'étude puisqu'il sait ce qu'ont appris les étudiants et ce qu'il est en mesure d'attendre d'eux. Mais il était nécessaire de mettre en place une évaluation sommative pour mesurer l'impact sur les étudiants des documents utilisés dans chaque programme, afin de pouvoir en tirer des conclusions.

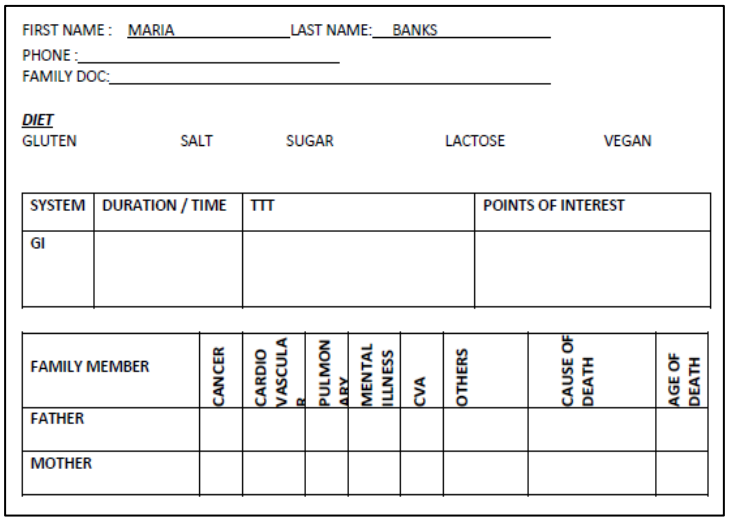
Illustration 4 : Annonce publiée sur Facebook® pour le recrutement d'étudiants étrangers

5.1.3.1. Création des cas cliniques d'évaluation

Lors de l'évaluation sommative, l'étudiant joue le rôle d'un médecin qui reçoit un patient étranger dans son cabinet ou son service hospitalier, l'enseignant joue le rôle du patient. Lors de son entrée dans la salle d'examen, l'étudiant reçoit une feuille de cas clinique incomplète. L'étudiant dispose de quelques instants pour parcourir cette fiche, qui ne contient pas les informations que le patient va donner lors de la consultation, elle n'indique que la progression de la consultation. Il est demandé aux étudiants de la compléter au fur et à mesure de la consultation grâce aux informations qu'ils obtiennent lors de leur entretien avec le patient.

Treize cas cliniques d'évaluation ont été créés (Annexe 11) : ils sont tous construits sur le même modèle et chacun comporte des extraits des supports distribués et travaillés pendant les cours et identiques aux trois programmes (cf. 5.1.2). Lors de la création de ces fiches d'évaluation, il a été décidé de ne pas évaluer les savoirs médicaux des étudiants. Tout d'abord, l'enseignant de langue, de par sa formation, n'est pas en mesure d'évaluer ce type de connaissance. De plus, les étudiants ne sont qu'au commencement de leur cursus médical et ils ne sont pas encore familiers avec le raisonnement clinique. Enfin, il s'agit d'une épreuve d'anglais, c'est donc la langue et la communication qui sont au cœur de l'évaluation. Les fiches créées ont toutefois été relues et corrigées par un panel de professionnels afin d'en assurer l'exactitude médicale.

Le cas clinique *Maria BANKS* est utilisé ici pour illustrer notre propos. Chaque fiche comprend quatre parties : une partie *history taking* où le médecin est amené à interroger le patient sur sa vie personnelle ou sur ses antécédents médicaux. Le patient (enseignant) ne donne de réponse que sur les éléments pour lesquels le médecin a posé une question. L'enseignant dispose donc de la même fiche que l'étudiant, mais la sienne contient l'intégralité des informations qu'il doit donner, sous réserve que la question soit posée (Illustration 5 et Illustration 6).



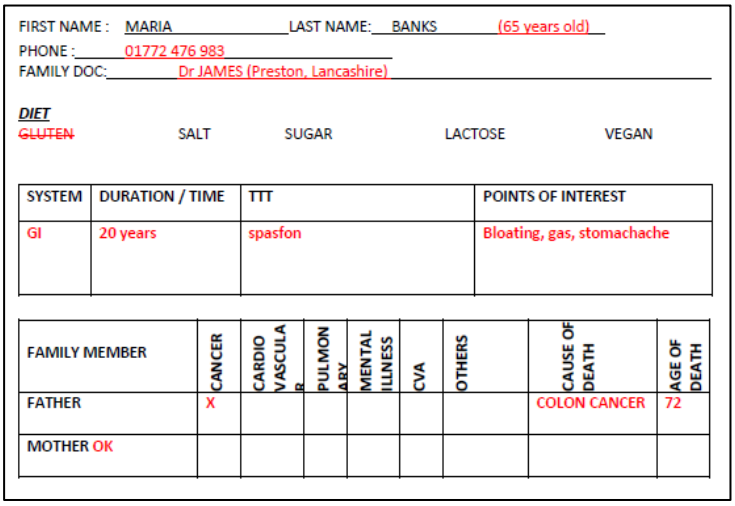
FIRST NAME : MARIA LAST NAME: BANKS
PHONE :
FAMILY DOC:

DIET
GLUTEN SALT SUGAR LACTOSE VEGAN

SYSTEM	DURATION / TIME	TTT	POINTS OF INTEREST
GI			

FAMILY MEMBER	CANCER	CARDIO VASCULAR	PULMONARY	MENTAL ILLNESS	CVA	OTHERS	CAUSE OF DEATH	AGE OF DEATH
FATHER								
MOTHER								

Illustration 5 : Partie *history taking* du cas clinique *Maria Banks* – fiche étudiant



FIRST NAME : MARIA LAST NAME: BANKS (65 years old)
PHONE : 01772 476 983
FAMILY DOC: Dr JAMES (Preston, Lancashire)

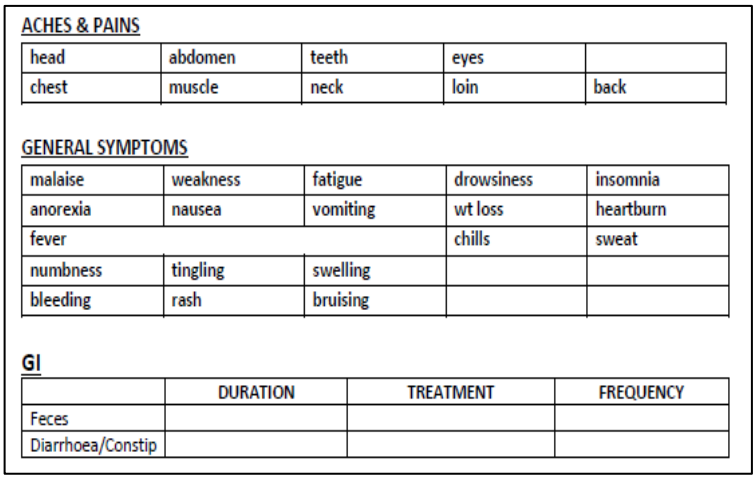
DIET
~~GLUTEN~~ SALT SUGAR LACTOSE VEGAN

SYSTEM	DURATION / TIME	TTT	POINTS OF INTEREST
GI	20 years	spasfon	Bloating, gas, stomachache

FAMILY MEMBER	CANCER	CARDIO VASCULAR	PULMONARY	MENTAL ILLNESS	CVA	OTHERS	CAUSE OF DEATH	AGE OF DEATH
FATHER	X						COLON CANCER	72
MOTHER OK								

Illustration 6 : Partie *history taking* du cas clinique *Maria Banks* – fiche enseignant

La deuxième partie de la fiche renvoie à *presenting complaint* : le médecin interroge le patient sur les raisons de sa visite. L'étudiant renseigne sa fiche au fil de la conversation (Illustration 7), et l'enseignant dispose des réponses (Illustration 8).



ACHES & PAINS

head	abdomen	teeth	eyes	
chest	muscle	neck	loin	back

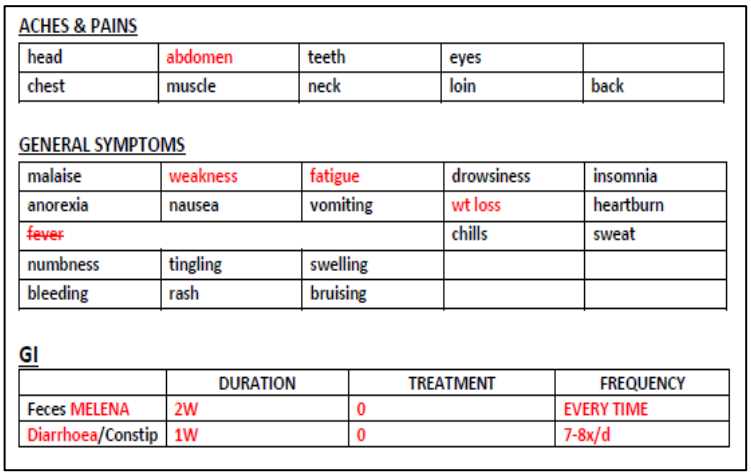
GENERAL SYMPTOMS

malaise	weakness	fatigue	drowsiness	insomnia
anorexia	nausea	vomiting	wt loss	heartburn
fever			chills	sweat
numbness	tingling	swelling		
bleeding	rash	bruising		

GI

	DURATION	TREATMENT	FREQUENCY
Feces			
Diarrhoea/Constip			

Illustration 7 : Partie *presenting complaint* du cas clinique *Maria Banks* – fiche étudiant



ACHES & PAINS

head	abdomen	teeth	eyes	
chest	muscle	neck	loin	back

GENERAL SYMPTOMS

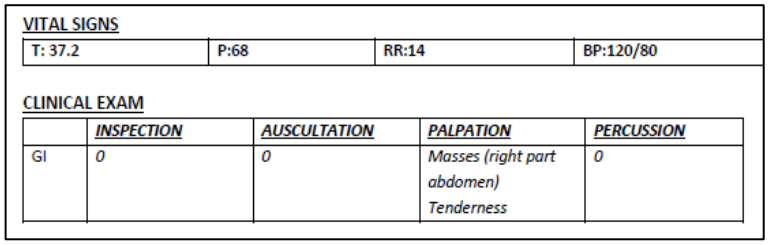
malaise	weakness	fatigue	drowsiness	insomnia
anorexia	nausea	vomiting	wt loss	heartburn
~~fever~~			chills	sweat
numbness	tingling	swelling		
bleeding	rash	bruising		

GI

	DURATION	TREATMENT	FREQUENCY
Feces MELENA	2W	0	EVERY TIME
Diarrhoea/Constip	1W	0	7-8x/d

Illustration 8 : Partie *presenting complaint* du cas clinique *Maria Banks* – fiche enseignant

Ensuite, l'étudiant passe au *clinical exam* ; il dispose dans ce cas des données chiffrées pour les constantes et des résultats de l'examen physique. Il doit transmettre ces données au patient. L'enseignant dispose également de ces informations afin de vérifier la capacité de l'étudiant à les transmettre correctement (Illustration 9).



VITAL SIGNS

T: 37.2	P:68	RR:14	BP:120/80

CLINICAL EXAM

	INSPECTION	*AUSCULTATION*	*PALPATION*	*PERCUSSION*
GI	*0*	*0*	*Masses (right part abdomen)* *Tenderness*	*0*

Illustration 9 : Partie *clinical exam* du cas clinique *Maria Banks* – fiche étudiant/enseignant

Puis, dans la dernière partie de la consultation, le médecin peut prescrire des examens complémentaires (selon le cas). Il doit ensuite établir le diagnostic et détailler la prescription médicale (Illustration 10). L'ensemble des diagnostics présents sur les fiches a été l'objet d'une présentation orale faite en cours par les étudiants, ils sont donc en mesure de répondre aux questions du patient concernant son diagnostic.

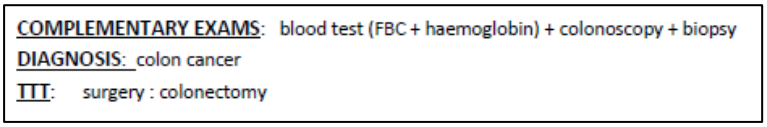


Illustration 10 : Partie *diagnosis and treatment* du cas clinique *Maria Banks* – fiche étudiant/enseignant

Dans le but de collecter des données et de pouvoir comparer les programmes entre eux, plusieurs étudiants de chaque programme ont été évalués sur le même cas clinique (Tableau 13).

CAS CLINIQUE	P1 (nombre d'étudiants)	P2 (nombre d'étudiants)	P3 (nombre d'étudiants)
1. MARIA BANKS	3	3	3
2. CHRIS CROSS	3	3	3
3. JESSICA TAUB	3	3	2
4. JIMMY KEEN	2	3	2
5. MARK THOMPSON	2	2	2
6. KAREN GREEN	2	2	2
7. GEORGE GROOSE	2	3	2
8. TOM BENTO	3	3	3
9. CAROLE SMITH	3	2	3
10. CARL FRIEGGER	2	2	2
11. JANE BLACKS	2	2	2
12. KLAUS MARR	2	3	3
13. CARLOS MANSION	2	2	2
TOTAL	31	33	31

Tableau 13 : Nombre d'étudiants évalués sur chaque cas clinique au sein de chaque programme

La conception du nouveau programme commun aux trois groupes ayant été présentée, nous allons désormais introduire les documents propres à chaque programme.

5.2. Sélection des documents pour répondre aux questions de recherche

Le critère de sélection des documents était de viser l'enseignement/apprentissage de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être. La langue utilisée dans les documents sélectionnés, ainsi que les situations présentées, doivent répondre aux objectifs fixés en mettant en scène une partie d'une consultation médicale. Afin de garantir un équilibre entre les trois programmes, les documents choisis doivent répondre à deux critères principaux, à savoir les expressions en lien avec la micro-tâche visée, ainsi que la charge lexicale (Tableau 14).

TD	Micro-tâche	Lexique	Communication
1	Prise d'antécédents	Antécédents	Questions
2	Symptômes	Symptômes Antécédents	Questions
3	Douleur	Corps Symptômes Douleur Antécédents	Questions Douleur
4	Antécédents médicaux	Symptômes Antécédents	Questions
5	Examen clinique	Organes Constantes	Examen physique Expliquer Instruction Consentement
6	Examen clinique – neurologie	Neurologie	Examen neurologique Questions Expliquer Instructions
7	Examen clinique – neurologie	Neurologie Corps Visage	Examen neurologique Questions Consentement Instructions Expliquer
8	Examens complémentaires	Examens complémentaires Résultats	Expliquer Instructions Consentement Rassurer
9	Annonce du diagnostic		Expliquer Rassurer Empathie Répondre
10	Prescrire	Corps Effets secondaires Allergies	Ordonnances (lire & expliquer) Questions
11	Gestion des conflits		Calmer Désamorcer Réagir Rassurer

Tableau 14 : Description du programme lexical et communicationnel pour chaque TD

5.2.1. Programme traditionnel (P1) : choix des documents didactiques et didactisés

Le P1 a été conçu dans le but de servir de programme témoin pour ensuite répondre à l'hypothèse de départ de cette recherche. Ce programme s'appuie donc sur le type de documents standard utilisé en contexte d'enseignement/apprentissage, à savoir sur des documents didactiques et didactisés issus de manuels ou de ressources disponibles sur Internet. L'impossibilité d'avoir accès à des extraits de consultations médicales authentiques, en raison du secret médical, oblige à utiliser des simulations, comme celles présentes dans les manuels ou celles qui existent sur Internet (Tokyo Medical University, 2008).

Le manuel est « un livre imprimé destiné à l'élève et s'inscrivant dans le processus d'apprentissage » (Organisation de coopération et de développement économiques, 2006, p.1). Il fait partie intégrante des processus d'enseignement/apprentissage et est utilisé de manière courante depuis plusieurs générations d'enseignants. Le manuel s'adresse à la fois aux enseignants en les guidant dans la construction des savoirs et l'organisation de leur enseignement, mais également aux apprenants afin de développer leurs compétences et de consolider leurs acquis (Gérard & Roegiers, 2003). Toutefois, même s'il est produit par des personnes qualifiées, le manuel soulève quelques problèmes quant à l'organisation et la conception d'un nouveau programme :

> Il vise […] un niveau théorique découpé par année et organisé en rubriques distinctes, alors que l'apprentissage est un continuum qui procède par allers et retours, en une démarche généralement plus spiralaire que linéaire et mobilisant en une même séance plusieurs types d'activités. (Leroy, 2012, p.8)

La sélection minutieuse d'extraits de différents manuels permet alors de rassembler en un seul programme les documents les plus pertinents et les plus représentatifs de la situation de communication visée. Les documents extraits des manuels retenus pour la conception du P1 sont exclusivement des documents sonores (audio ou vidéo) et mettent en situation un patient et un médecin. L'avantage de ces documents forgés pour l'enseignement/apprentissage de la

communication de la consultation médicale est qu'ils présentent des situations concrètes et utilisent le niveau de langue adéquat. Toutefois, le développement des nouvelles technologies et l'accès à Internet a bouleversé les pratiques éducatives en offrant aux enseignants une quantité inestimable de données utilisables. Par exemple, certaines vidéos (TD5 et 7) proviennent du site Internet *GeekyMedics.com* dédié à la préparation des OSCE (*Objective Structured Clinical Examination*), qui est l'examen de fin de cursus universitaire des étudiants de médecine dans les pays anglophones[14]. Ces vidéos comptent de nombreux avantages : elles mettent en scène des étudiants de médecine anglophones dans des situations médicales courantes (anamnèse, examen physique) et l'incrustation de texte dans ces vidéos offre un rappel médical. La capacité de communication du médecin envers le patient y est centrale puisqu'elle fait partie de l'évaluation des étudiants qui passent ce test (Illustration 11).

Illustration 11 : Critères d'évaluation de la communication médecin-patient lors des OSCE (Grubb, Thomson & Cameron, 2016)

Ainsi, les documents du P1 proviennent de diverses sources telles que des manuels ou Internet. Le Tableau 15 indique le nom, le format et la durée de chaque document utilisé pour le P1, ainsi que le type d'interaction (D pour docteur, P pour patient).

[14] Ce mode d'évaluation fait partie de la réforme du second cycle des études médicales, qui sera appliquée à partir de septembre 2020. Les étudiants de médecine français seront également évalués sur leur compétence communicationnelle lors des ECNi par le biais de ce système après cette date.

	P1	Durée	Interaction
TD1	Mr Hudson (audio) [1]	0:58	D/P
	Mrs Chad (audio) [4]	3:08	D/P
TD2	Mrs Brown (audio) [1]	1:30	D/P
	Mr Jones (vidéo) [2]	2:41	D/P
TD3	Mr Green (audio) [1]	1:05	D/P
	Mr Hall (audio) [1]	1:36	D/P
TD4	Miss Gynobs (audio) [3]	1:37	D/P
	Mr Hudson (audio) [1]	1:18	D/P
TD5	Mrs Small (audio) [4]	0:55	D/P
	Gastrointestinal exam (vidéo) [5]	1:21	D/P
	Respiratory exam (vidéo) [5]	2:23	D/P
TD6	Mr Walters (audio) [1]	3:42	D/P
	MMSE (vidéo) [6]	2:47	D/P
TD7	Cranial nerves (vidéo) [5]	1:34	D/P
	Lower limb exam (vidéo) [5]	1:28	D/P
	Upper limb exam (vidéo) [5]	2:05	D/P
TD8	Haematology lab (audio) [1]	1:31	D/D
	Complementary exams (audio) [1]	1:00	D/P
	Digital rectal exam (audio) 7	1:20	D/P
TD9	4 diagnoses (audio) [1]	2:57	D/P
	Giving bad news (vidéo) [8]	3:07	D/P
TD10	Prescription explained (audio) [9]	1:49	D
	Penicillin allergy (vidéo) [10]	1:20	D/P
TD11	Mr Vargas (audio) [4]	1:52	D/P
	Disclosure (vidéo) [11]	2:38	D/P
Temps d'écoute total : 47:42			

[1] Documents extraits de Glendinning & Holmström, 2005.
[2] Document extrait de Carnet, D., Charpy, Carnet, A. & Bastable, P, 2011.
[3] Document obtenu sur https://www.youtube.com/watch?v=MnTVtE7MGWs
[4] Documents extraits de Allum & McGarr, 2008.
[5] Documents obtenus sur https://geekymedics.com/category/osce/clinical-examination/
[6] Document obtenu sur https://www.youtube.com/watch?v=VjWVYgf2UcU
[7] Document obtenu sur https://www.youtube.com/watch?v=BHNL-NTG1mc&feature=youtu.be
[8] Document obtenu sur https://www.youtube.com/watch?v=oMaTcGjOPsU
[9] Document obtenu sur https://www.youtube.com/watch?v=WPIM_hb6Zj0&feature=youtu.be
[10] Document obtenu sur https://www.youtube.com/watch?v=Xv_vv-tGBOI
[11] Document obtenu sur https://www.youtube.com/watch?v=6Ik6h1x3HGc&feature=youtu.be

Tableau 15 : Liste des documents et des sources utilisés pour le P1

5.2.2. Programme 2 (P2) : approche contextualisée de la communication médicale avec *House, M.D.*

L'objectif, quant à l'utilisation de *House, M.D.*, est d'aider les étudiants à devenir autonomes dans une situation de communication face à un patient étranger. Un choix minutieux des scènes doit alors garantir un travail efficace de tous les points de la macro-tâche par le biais des micro-tâches. Le visionnage intégral des huit saisons de la série a été entrepris dans le but de sélectionner les scènes à utiliser pour le travail des micro-tâches. Dès qu'une scène semblait intéressante d'un point de vue didactique, une note était écrite. À l'issue de ce

travail, les différentes scènes ont été organisées par micro-tâche, puis visionnées de nouveau plusieurs fois, afin de les comparer et de sélectionner les plus pertinentes d'un point de vue langagier, médical et communicationnel. Les critères de sélection comprennent la variété du lexique employé par le médecin et/ou par le patient, les stratégies de communication verbale et non-verbale des personnages, l'adéquation entre réalité et fiction. Parmi les 38 extraits sélectionnées, 30 mettent en scène une interaction entre un médecin et un patient afin de répondre à notre objectif premier. Toutefois, la différence entre ces scènes et celles du P3 réside dans le fait qu'elles se déroulent toutes dans un milieu hospitalier, représentatif de la communauté à laquelle les étudiants de médecine se destinent. Ceci fait de ces scènes un exemple concret du mélange de savoirs, savoir-faire et savoir-être propres à la pratique médicale et à la communication entre un professionnel de santé et un patient.

	House, M.D.	Durée	Interaction
TD1	S1E11	1:58	D/P
	S2E14	0:27	D/P
	S3E06	1:36	D/P
TD2	S1E03	0:27	P
	S3E16	1:05	D/P
	S3E19	0:40	D/P
TD3	S1E14	0:33	D/P
	S1E21	0:53	D/P
	S2E01	0:19	D/P
TD4	S2E10	0:24	D/P
	S3E16	1:20	D/P
	S5E19	0:22	D/P
TD5	S2E01	0:33	D/P
	S2E03	0:49	D/P
	S2E08	0:30	D/P
	S5E11	0:16	D/D
TD6	S2E10	0:41	D/P
	S8E09	0:59	D/P
	Mr Walters	3:42	D/P
	MMSE	2:47	D/P
TD7	S2E17	0:50	D/P
	S3E15	0:40	D/P
	S3E17	0:56	P/P
	S5E09	0:21	D/D
	S5E11	0:28	D/P
	Cranial nerves	1:34	D/P
	Lower limb exam	1:28	D/P
	Upper limb exam	2:05	D/P
TD8	S1E05	0:33	D/D
	S5E09	0:36	D/P
	S5E11	0:21	D/D
	S5E16	0:31	D/P
	S5E19	0:19	D/P
TD9	S1E21	0:21	D/P
	S3E06	0:47	D/P
	S3E20	1:23	D/D
	S4E09	1:16	D/P
TD10	S1E05	1:30	D/P
	S1E05	1:48	D/P
	S1E05	0:06	D/D
	S5E11	0:35	D/P
TD11	S3E10	1:31	D/P
	S5E16	0:47	D/P
Temps d'écoute total : 41:07			

Tableau 16 : Liste des épisodes de *House, M.D.* utilisés pour le P2

5.2.3. Programme 3 (P3) : approche hybride de la communication médicale

À la différence du P2, le P3 s'appuie sur un mélange d'extraits de séries non médicales et de la série *House, M.D*. Il était initialement prévu de n'y intégrer que des extraits de séries généralistes, mais il s'est avéré que ce genre de séries ne présente que peu de scènes médicales. Le caractère spécifique de la situation de communication visée nous a donc contraint à utiliser des extraits de *House, M.D.* pour venir compléter le programme : 17 extraits sur les 33 utilisés sont tirés de séries généralistes. Ceci peut représenter une limite à notre étude, et nous tentons toujours de pallier ce problème en cherchant des scènes adéquates dans d'autres séries.

Les scènes utilisées reflètent néanmoins la situation de communication visée. À l'inverse de *House, M.D.*, les scènes ne se déroulent pas nécessairement dans un milieu hospitalier, et mettent parfois en interaction deux patients, au lieu du schéma médecin-patient. La méthode suivie pour la sélection des scènes de *House, M.D.* a également été respectée pour ce programme. Chacune des scènes a été choisie puisqu'elle présente un intérêt pour la réalisation des micro-tâches et donc de la macro-tâche, et assure un travail sur les objectifs communicationnels (Tableau 17). Des exemples concrets du travail effectué grâce à ces scènes sont décrits en 5.3. Les choix initiaux de séries ont été personnels ; nous les avons suivies par affinité dans le cadre privé, et lors du visionnage d'une scène jugée utile pour l'apprentissage de la communication de la consultation, une note était faite. Ce processus est toujours en cours.

	Série / Épisode	Durée	Interaction
TD1	*Friends* S9E02	0:44	P/P
	Parks and Recreation S5E18	0:47	D/P
	Speechless S1E11	0:45	D/P
TD2	*The Big Bang Theory* S1E11	1:52	P/P
	Modern Family S2E09	0:35	P/P
	~~*The Fosters S4E11*~~	~~*1:01*~~	~~*D/P*~~
TD3	*The Big Bang Theory* S4E02	1:52	P/P
	Friends S6E15	0:29	P/P
TD4	*The Big Bang Theory* S3E08	1:33	P/P
	House, M.D. S3E16	1:20	D/P
TD5	*House, M.D.* S2E01	0:33	D/P
	House, M.D. S2E03	0:49	D/P
	House, M.D. S2E08	0:30	D/P
	House, M.D. S5E11	0:16	D/D
TD6	*House, M.D.* S2E10	0:41	D/P
	Desperate Housewives S3E04	1:50	D/P
	Mr Walters	3:42	D/P
	MMSE	2:47	D/P

	Série / Épisode	Durée	Interaction
TD7	*House, M.D.* S2E17	0:50	D/P
	House, M.D. S3E15	0:40	D/P
	House, M.D. S3E17	0:56	P/P
	House, M.D. S5E09	0:21	D/D
	House, M.D. S5E11	0:28	D/P
	Cranial nerves	1:34	D/P
	Lower limb exam	1:28	D/P
	Upper limb exam	2:05	D/P
TD8	*The Big Bang Theory* S2E10	1:04	D/P
	Desperate Housewives S3E22	1:52	D/P
TD9	*Brooklyn Nine-Nine* S3E12	1:21	D/P
	Cougar Town S4E09	0:36	D/P
	Modern Family S4E15	0:39	D/P
	House, M.D. S1E21	0:21	D/P
	House, M.D. S3E06	0:47	D/P
TD10	*House, M.D.* S1E05	1:30	D/P
	The Ranch S1E03	1:06	D/P
	Two and a half men S5E05	0:57	D/P
TD11	*Criminal Minds* S5E01	1:04	D/P
	House, M.D. S3E10	1:31	D/P
	House, M.D. S5E16	0:47	D/P
Temps d'écoute total : 44:02			

Tableau 17 : Liste des séries et épisodes utilisés pour le P3

5.2.4. Législation sur l'utilisation d'œuvres audiovisuelles

L'utilisation d'œuvres audiovisuelles à des fins d'enseignement et de recherche fait l'objet d'un accord passé entre le Ministère de l'Éducation Nationale, le MESRI, la Conférence des Présidents d'Université, la Société des producteurs de cinéma et de télévision (PROCIREP) et la Société des auteurs compositeurs et éditeurs de musique (SACEM).

Cet accord explique que l'utilisation d'œuvres audiovisuelles issues du mode hertzien, analogique ou numérique est autorisée mais que pour les autres types d'œuvres « seule l'utilisation d'extraits […] est possible » (Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse, 2010, art. 1). Les extraits diffusés en classe doivent seulement servir « [d]'illustration dans le cadre de l'enseignement et de la recherche et l'utilisation doit faire l'objet d'une mise en perspective pédagogique » (*Ibid.*). Depuis 2009, l'utilisation de supports achetés dans le commerce ou disponibles sur les services payants de vidéo à la demande sont « désormais possible[s] sur le fondement des accords, dès lors qu'elle se limite à des extraits » (*Ibid.*).

Enfin, l'accord stipule que « les utilisations conformes aux clauses de l'accord sont réputées autorisées sans que les établissements ou les personnels aient à effectuer de démarches particulières » (*Ibid.*).

Il est cependant nécessaire de s'arrêter sur la notion d'extrait telle qu'elle est définie par l'accord afin de vérifier que l'utilisation de séries télévisées faites dans cette étude respecte la loi. L'accord définit la notion d'extrait de la manière suivante :

> « extraits » s'entend de parties d'œuvres dont la longueur est limitée à six minutes, et ne pouvant en tout état de cause excéder le dixième de la durée totale de l'œuvre intégrale. En cas d'utilisation de plusieurs extraits d'une même œuvre audiovisuelle ou cinématographique, la durée totale de ces extraits ne peut excéder 15 % de la durée totale de l'œuvre. (*Ibid.*)

Cette étude utilise des extraits provenant de 13 séries télévisées. La majeure partie des extraits vient de la série *House, M.D.*, puisque l'intégralité du P2 s'appuie dessus. Les étudiants qui suivent ce cours regardent au total 29'31 de la série (Annexe 2) : l'extrait le plus long dure 1'58 et la durée totale de

visionnage n'excède pas les 15% fixés par l'accord puisqu'un épisode dure en moyenne 42 minutes et que la série en compte 177. Les étudiants du P3 regardent quant à eux 31'41 d'extraits de diverses séries télévisées, dont *House, M.D.* : cette dernière représente 11'35 tandis que les extraits d'autres séries représentent 20'6. Ainsi, dans le cadre de notre étude, l'utilisation de séries télévisées rentre dans le cadre législatif prévu à cet effet. Nous pouvons désormais nous concentrer sur la manière d'utiliser ces scènes.

5.3. Utilisation pédagogique des séries télévisées

L'objectif de cette étude étant de mesurer l'impact des documents sur une situation de communication spécifique, il est nécessaire de questionner l'utilisation plus globale de ces documents en s'interrogeant sur la focalisation qu'on souhaite leur conférer, à savoir focalisation sur la forme ou sur les formes. La focalisation sur les formes (*Focus on Forms* – FonFs) correspond à une vision plus traditionnelle de l'enseignement de la langue dans laquelle les formes linguistiques sont dissociées du fond et enseignées de manière individuelle pour répondre au programme établi par l'enseignant (Long, 1991). La focalisation sur la forme (*Focus on Form* – FonF), quant à elle, « overtly draws students' attention to linguistic elements as they arise incidentally in lessons whose overriding focus is on meaning or communication » (*Ibid.*, p.45). Ellis dresse le comparatif de ces deux points de focalisation en s'appuyant sur les connaissances psycholinguistiques propres à l'enseignement/apprentissage :

> 1. Meaning-focused instruction, while effective in developing fluent oral communication skills, does not result in a high level of linguistic or sociolinguistic competence.
> 2. Form-focused instruction consisting of a focus-on-forms may not result in learners being able to restructure their interlanguages.
> 3. Form-focused instruction consisting of a focus-on-form can enable learners to develop fluency along with accuracy because it creates the conditions for interlanguage restructuring to take place. (2015, p. 2)

De la Fuente (2002), Sheen (2006) ou encore Shintani (2015) ont tenté de mesurer l'efficacité de ces deux types de focalisation en les comparant, mais les résultats obtenus dans chaque étude ne permettent pas de conclure à la

supériorité de l'une des deux approches. Il faut alors comprendre que chacun de ces types de focalisation a son lot de bénéfices, et qu'un programme d'enseignement/apprentissage utilisant les deux est plus à même d'obtenir des résultats positifs.

Ainsi, dans cette section, les différentes manières de travailler qui ont été mises en place avec les étudiants des P2 et P3 grâce aux extraits de séries télévisées sont présentées. Chaque présentation fait l'objet d'un ou de plusieurs exemples, à titre illustratif. Les transcriptions utilisées, qui ont été distribuées à la fin de chaque TD aux étudiants, sont celles disponibles sur Internet (TV Show Transcript, 2001). Elles ont été intégralement vérifiées et corrigées par une anglophone. Ces transcriptions ne font donc pas l'objet d'une convention spécifique, elles ne sont utilisées que pour venir appuyer la démonstration qui est faite. Elles ont été simplement copiées depuis le site Internet.

5.3.1. Le travail sur le lexique

En premier lieu, certaines vidéos extraites de séries télévisées ont été utilisées comme des images fixes, sans son ; dans ce cas, elles se rapprochent des posters qui montrent différentes choses : un patient allongé sur une table d'opération, un appareil médical ou encore un tableau blanc. Ce tableau blanc est un objet central dans *House, M.D. :* l'équipe se regroupe autour de lui afin de passer en revue la liste de symptômes dont le patient est atteint pour tenter de trouver une explication plausible à son état. Dans *Occam's Razor* (*House, M.D.*, S1E03), une scène s'ouvre sur le tableau blanc où une liste de six symptômes est inscrite : la fièvre, la toux, les nausées, l'éruption cutanée, l'hypotension artérielle et les douleurs abdominales (Illustration 12). La première chose à noter est l'utilisation d'abréviations sur le tableau : *BP* pour la tension artérielle (*blood pressure*) et *ABD* pour *abdominal*. Une activité a consisté à demander aux étudiants d'expliciter ces abréviations afin de vérifier leur capacité à les reconnaître et à les comprendre, et donc travailler le lexique médical spécialisé. L'utilisation d'images statiques sert alors de déclencheur de parole : en regardant

une image, on amène les étudiants à prendre la parole pour partager des savoirs, par le biais d'un travail d'explicitation du lexique.

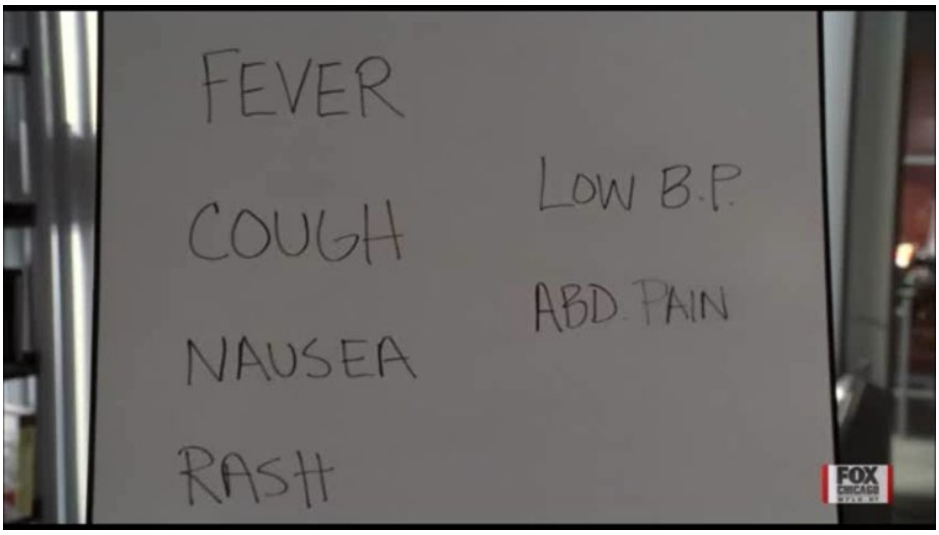


Illustration 12 : Copie d'écran du tableau blanc (*House, M.D.*, S1E03)

La majorité des scènes a été utilisée de manière intégrale, en format vidéo avec le son. *Putting Swim Fins on a Cat* (*Two and a Half Men*, S5E05) offre une scène dans laquelle un médecin décrit des effets secondaires au patient. Cette scène a également été utilisée pour travailler le lexique médical, mais courant cette fois : en visionnant la scène, les étudiants ont dû la comprendre et lister les effets secondaires tels qu'ils sont énumérés par le médecin :

> *Alan*: So if I sign up for this drug trial, I take these pills not knowing if I'm getting the actual anxiety medication or a placebo?
> *Doctor*: That's correct. The test group gets the actual medication and the control group is being given sugar pills.
> *Alan*: So is there anything I should know about? Any side effects or anything?
> *Doctor*: Well, that's one of the purposes of the research. But in tests of this nature, common side effects include: dry mouth, hair loss, blurred vision, inflamed gums.
> *Alan*: Okay.
> *Doctor*: Mild nausea, heart palpitations, liver damage. Boils, shingles, sudden fainting and temporary darkening of the stools.
> *Alan*: Good Lord. How much do you pay people to do this?
> *Doctor*: A thousand dollars a week.
> *Alan*: I'm in! (*Two and a Half Men,* S5E05, *Putting Swim Fins on a Cat*)

Grâce à un travail de compréhension orale puis de restitution, les étudiants énumèrent 11 effets secondaires différents. L'un des avantages de cette scène est le fait que le médecin liste ces effets secondaires en utilisant des termes non spécialisés. Ceci est un point essentiel de notre étude puisque les étudiants doivent être en mesure d'utiliser le lexique médical adéquat (spécialisé ou courant) en toute situation, dans le but de faciliter – ou tout du moins de ne pas entraver – la communication. Ainsi, l'activité suivante a consisté à demander aux étudiants de changer ces termes médicaux courants en termes médicaux spécialisés. Bien sûr, ceci n'est pas possible pour tous les symptômes, mais « *dry mouth* » peut être changé en *xerostomia*, « *hair loss* » en *alopecia*, et « *stools* » peut être transformé en *faeces*. Les étudiants ont alors été amenés à manipuler la langue et ceci a deux conséquences positives : tout d'abord, cela leur permet d'acquérir du nouveau lexique sous la forme de mots isolés et ensuite, cela permet d'insister sur l'importance de la différence entre lexique spécialisé et non spécialisé pour la consultation.

5.3.2. Le travail du questionnement

Une autre activité s'appuyant sur une scène complète a été mise en place pour un travail différent sur la langue. Dans *Detox* (*House, M.D.*, S1E11), le père du patient est interrogé sur les antécédents médicaux de son fils. Il a été demandé aux étudiants de se concentrer sur les questions du médecin afin d'en dresser une liste:

> *Doctor*: Have you been sick?
> *Father*: No, nothing.
> *Doctor*: Have you been out of the country?
> *Father*: We went to China, but we got all our shots before we left.
> *Doctor*: It could be an infection. We're going to give him a gallium scan just to be safe. We inject a radioactive isotope into his bloodstream, and we check to see if there's inflammation anywhere in the body.
> *Doctor*: Has he ever complained of any joint pain? Sensitivity to light? Rashes?
> *Father*: No, no. Nothing.
> *Doctor*: Any relatives who've ever been diagnosed with lupus?
> *Father*: I don't even know what that is.

Doctor: In simple terms, the body becomes allergic to itself. The immune system attacks healthy cells in the circulatory system and destroys them.
Father: Would it be treatable?
Doctor: It can be manageable. We can test for the antibodies. Ninety-five percent of patients with lupus have positive A.N.A.
Doctor: Not cloudy. Negative.
Doctor: What type of cancer did your wife have?
Father: Pancreatic (*House, M.D.*, S1E11, *Detox*)

Différents points langagiers ont pu être abordés grâce à cette scène. Tout d'abord, comme il était demandé aux étudiants de se concentrer sur les questions, celles-ci ont été le point linguistique central. La règle de construction des questions a été rappelée brièvement, puis les étudiants ont dû s'appuyer les questions contenues dans l'extrait pour en formuler eux-mêmes d'autres afin d'interroger leurs camarades. De plus, cette scène offre un exemple de questions qui n'utilisent pas le schéma grammatical type, mais seulement un mot ou un groupe de mots : « *Sensitivity to light ?* » ou *« Rashes ?* », pour ne citer que deux exemples. Il a été indiqué aux étudiants qu'il est tout à fait possible d'utiliser cette technique de questionnement pour interroger le patient. Cette démarche peut se révéler particulièrement efficace face à un patient étranger qui ne maîtrise pas la grammaire anglaise ou dont la compréhension est très limitée. Cette technique de questionnement est fréquente dans le langage oral, et d'autres scènes en font également usage :

Sheldon: Describe illness or injury.
Penny: I dislocated my shoulder.
Sheldon: All right. And how did the accident occur?
Penny: You ready know that.
Sheldon: Cause of accident, lack of adhesive ducks. Okay, medical history. Have you ever been diagnosed with diabetes?
Penny: No.
Sheldon: Kidney disease?
Penny: No.
Sheldon: Migraines?
Penny: Getting one.
Sheldon: Are you currently pregnant?
Penny: No.
Sheldon: Are you sure? You look a bit puffy.
Penny: Change migraine to yes.
Sheldon: When was your last menstrual period?

Penny: Oh, next question.
Sheldon: I'll put, in progress. Okay, moving to psychiatric disorders, list all major behavioral diagnoses, e.g. depression, anxiety, etc.
Penny: Oh, my god, what the hell does this have to do with my stupid shoulder?
Sheldon: Episodes of sub psychotic rage.
Penny: Ass.
Sheldon: Possible Tourette's. All right, moles, lesions or other skin conditions. Soup tattoo on right buttock. (*The Big Bang Theory*, S3E08, *The Adhesive Duck Deficiency*)

Dans cette scène, l'interaction n'a pas lieu entre un professionnel de santé et un patient mais entre deux amis. Pourtant, Sheldon utilise un formulaire médical à compléter pour interroger Penny. Pour ce faire, il utilise les deux types de questions mentionnées précédemment : les formes complètes « *How did the accident occur?* » ou « *Have you ever been diagnosed with diabetes?* » et les formes incomplètes « *Kidney disease?* » ou encore « *Migraines?* ».

Le travail sur la micro-tâche visant à la maîtrise de l'annonce du diagnostic favorise un travail sur les temps et les modaux. En effet, dans cette section de la consultation, le médecin peut être amené à annoncer une mauvaise nouvelle et à nuancer son propos tandis qu'il évoque l'avenir avec son patient. Les séries télévisées en offrent de nombreux exemples :

Doctor: I'm afraid you both have the mumps.
Jake: Mumps, still a funny word. Are we gonna die?
Doctor: So you both have the mumps. Sorry to say, it's very contagious. You may not want to be here, detective.
Detective: Oh, it's cool. I keep up to date on all my vaccinations. I'm immune to stuff you've never even heard of.
Captain: But not immune to braggadocio.
Doctor: Anyhow, over the next several hours, you will more than likely develop fever, aching, fatigue.
Jake: Doesn't sound too bad.
Doctor: Also, tart foods will cause intense jaw pain, so you may want to avoid sour candies.
Jake: What?
Doctor: You may get painful goiter-like swelling in your neck and often extreme testicular discomfort. (*Brooklyn Nine-Nine*, S3E12, *Nine Days*)

Le travail sur cette scène a amené les étudiants à travailler sur les modaux (on note la présence de « *may* » et de « *will* ») et à relever les expressions qui renvoient au fait d'annoncer un diagnostic de manière délicate telles que « *I'm afraid* » ou « *sorry to say* ». Le comique de cette scène a pu accroître leur mémorisation de ces expressions et leur permettre d'annoncer un diagnostic de manière plus délicate à l'avenir.

5.3.3. Le travail sur la communication

Lors du TD portant sur l'annonce du diagnostic, il a été demandé aux étudiants des trois programmes de lister ce qu'il convenait de faire, selon eux, lors de l'annonce d'un diagnostic défavorable avant de visionner ou d'écouter les documents. Il est intéressant de remarquer que les étudiants ont inclus des items qui correspondent à la fois à leur savoir, à leur savoir-faire et à leur savoir-être. Les informations recueillies dans chaque cours ont ensuite été croisées afin de créer une liste qui inclut :

- La clarté du message : le diagnostic doit être clairement énoncé puis expliqué avec un vocabulaire courant, facile à comprendre. Le médecin doit être honnête quant à l'issue pour le patient, mais il peut proposer des solutions ou des options alternatives lorsqu'elles existent. Mais par-dessus tout, tous pensent qu'il est nécessaire de vérifier la bonne compréhension du patient et lui permettre de poser des questions ou de demander des précisions éventuellement.

- Concernant leur comportement, tous s'accordent à dire que les médecins doivent faire preuve de respect et montrer de l'empathie en adoptant une posture appropriée : la distance physique avec le patient peut évoluer, ils doivent se montrer calme et contrôler leurs émotions. L'annonce doit se faire dans un endroit calme, sans oublier d'éteindre son téléphone portable.

Parmi les choses à ne pas faire, les différents types de savoirs se mélangent à nouveau. On y retrouve le fait de donner trop ou pas assez d'informations, la façon dont l'annonce est amenée : pas trop rapide, ni trop brutale, ni trop directe, sans pour autant laisser de faux espoirs. Le médecin ne doit pas agir comme une machine, mais ne doit pas non plus devenir trop familier. Les étudiants insistent

sur le fait que le médecin ne doit pas mentir au patient, ni le juger et encore moins devenir agressif face à un patient qui serait en état de choc.

Les étudiants du P2 ont ensuite travaillé sur deux scènes. L'idée pour chacune était de les faire réagir à la manière de communiquer du médecin. En se servant de leur liste, et de leur propre ressenti, les étudiants devaient dire ce qu'ils jugeaient être positif et négatif dans chaque scène.

Pour le premier extrait, l'avis est mitigé: le médecin utilise un vocabulaire spécialisé mais donne des informations compréhensibles, elle se positionne derrière le patient mais il est aveugle, elle annonce le diagnostic et l'issue pour le patient sans lui laisser de temps pour assimiler les informations, mais elle est honnête et ne lui cache rien.

> *Doctor*: George, it's me. Your tests were positive. You have a small cell lung carcinoma. It caused a paraneoplastic neurologic syndrome, which in turn caused your blindness and coma. The cancer's metastasized to your lymph nodes. It's inoperable, but there are radiation treatments available. They might give you a few more months.
> *Patient*: I never smoked. (*House, M.D.*, S3E06, *Que sera sera*)

Le deuxième extrait était beaucoup plus court et a eu un retour très négatif : le diagnostic est on ne peut plus clair, le médecin ne laisse aucun espoir au patient. Cela étant, certains y voient des éléments positifs : le médecin semble montrer de l'empathie, il est honnête et même s'il ne laisse aucun espoir au patient il lui propose des soins palliatifs.

> *Doctor*: You're dying. In a few hours. There's nothing we can do except deal with the pain.
> *Patient*: Well, I need to go home.
> *Doctor*: You're not going home.
> *Patient*: But my dog. What will happen to my dog? (*House, M.D.*, S1E21, *Three stories*)

Pour résumer, certains étudiants pensent que le premier extrait est une bonne manière d'appréhender la situation, tandis que d'autres pensent que le deuxième extrait est préférable ; il y a d'un côté les étudiants sensibles qui vont chercher la délicatesse et qui laissent une place à leurs émotions, et les autres, qui préfèrent laisser ces émotions de côté et être le plus honnête et direct possible.

L'objectif fixé est cependant clairement atteint : les étudiants sont amenés à réfléchir à leur pratique et à l'attitude à adopter. On les amène à réfléchir à leur manière de communiquer et à déceler les éléments qui peuvent caractériser une bonne ou une mauvaise manière de le faire. Ils sont ainsi amenés à réfléchir sur leur savoir-être, et ils apprennent d'eux-mêmes et de l'expérience partagée avec les autres. La mise en place de *roleplays* qui suit cette activité permet d'appliquer ce qu'ils ont découvert et a également l'avantage de leur permettre de travailler sérieusement et efficacement sur un sujet sensible : ils prennent position, font des choix et doivent les assumer.

Au regard de ces possibles exemples d'activités pédagogiques, il apparaît que les séries télévisées peuvent être utilisées de diverses manières en tant qu'outil pédagogique. Selon les scènes choisies, le point d'étude peut être la communication, la langue, ou encore la posture professionnelle, et ceci correspond parfaitement aux objectifs fixés. L'enseignant intervient en amont en tant que médiateur qui a réfléchi aux besoins des étudiants, et à la manière d'utiliser les documents afin de leur permettre d'atteindre les objectifs en acquérant des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être.

5.4. Vérification de la validité des documents pour répondre aux objectifs de l'étude

Les documents étant centraux à notre étude, il est nécessaire de vérifier leur pertinence pour l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale. Deux types de vérifications ont été mises en place : tout d'abord, un panel d'experts médicaux s'est réuni pour visionner l'intégralité des scènes et juger de leur validité médicale. Ensuite, un travail sur le lexique contenu dans les documents a été entrepris, dans le but de vérifier la pertinence du lexique ciblé, mais aussi l'égalité de traitement entre les trois programmes.

5.4.1. Évaluation des extraits de séries télévisées par le panel de professionnels

Un panel de professionnels de santé composé de cinq praticiens hospitaliers qui assurent également des cours d'anglais en DFASM1 et DFASM2 a été organisé dans le but de vérifier l'exactitude des faits médicaux présents dans les documents utilisés dans les programmes 2 et 3. Plusieurs spécialités médicales y sont représentées : la neurologie, la médecine interne, la cardiologie, la gynécologie-obstétrique. Compte tenu du manque de disponibilité des praticiens hospitaliers, il a été impossible d'organiser un panel plus grand. Après avoir obtenu une réponse positive de la part de cinq professionnels parmi les 12 sollicités, une réunion a été organisée pour visionner chaque scène à l'aide du script afin de faciliter la compréhension. Il était demandé au panel d'être vigilant à la fois au dialogue et aux images. Cette réunion a permis de révéler certains problèmes dans plusieurs scènes.

Le panel a relevé une seule erreur dans les images, dans l'épisode 22 de la saison 3 de *Desperate Housewives*. L'image du scanner sur laquelle le médecin montre la tumeur n'est pas celle de la patiente, puisque sur l'imagerie médicale, la personne est un homme.

Le panel a par contre relevé de nombreuses erreurs médicales, dont certaines peuvent avoir de lourdes conséquences. Seules deux erreurs ont été repérées dans les scènes prévues pour le P3. La scène de *The Fosters* (S4E11) est celle qui pose le plus de problèmes. On y voit un adolescent arrivé aux urgences sur un brancard suite à un accident. Le panel explique que la scène est très rapide, et que les réactions du personnel médical ne sont pas les bonnes, comme par exemple le fait de bouger le patient qui est en train de convulser. Si les étudiants prennent exemple sur cette scène, leurs savoirs médicaux en seraient impactés de manière négative. Il a donc été décidé de ne pas utiliser cette scène, même si l'erreur médicale peut être expliquée par l'enseignant. En effet, si les étudiants venaient à garder en mémoire cette scène, il serait préjudiciable qu'ils exécutent les mêmes gestes dans une situation similaire, ce qui aurait de lourdes conséquences sur le patient. La scène de *Modern Family* (S4E15) présente une

patiente sur un lit d'hôpital à qui le médecin vient annoncer le diagnostic. Elle explique que la patiente souffre du syndrome de Wolff-Parkinson-White qui est une affection cardiaque. Le médecin lui indique qu'il s'agit d'un trouble héréditaire, or le cardiologue du panel a expliqué que ce n'est pas le cas et que les symptômes présentés dans la scène correspondent à la maladie de Bouveret. L'erreur médicale peut ici aussi induire les étudiants en erreur, la scène a cependant été conservée, et le correctif donné aux étudiants lors du TD. La gestion de cette erreur est moins lourde de conséquences pour les étudiants ; il s'agit dans ce cas, contrairement à la scène précédente, d'une erreur de diagnostic qui peut facilement être rectifiée.

Les erreurs sont plus nombreuses dans la série *House, M.D.* Même si l'écriture de la série se fait généralement en collaboration avec un consultant médecin, elle ne fait pas exception quant à la présence d'erreurs médicales. Certaines sont plus anecdotiques que d'autres et n'empêchent pas leur utilisation.

Parmi les erreurs qui peuvent être signalées aux étudiants se trouvent les incohérences dans les chiffres ; un patient a une fréquence respiratoire de 50 (S2E01) alors que la moyenne se situe entre 12 et 16, une femme a une tension diastolique très basse de 80/20 ce qui va provoquer sa mort (S2E08). Ces deux scènes sont toutefois conservées pour être utilisées; le professeur doit veiller à indiquer aux étudiants ces erreurs s'ils ne les remarquent pas.

Certaines erreurs ont également été notées lors des examens physiques. Un patient est transporté en ambulance à l'hôpital après une chute et le médecin présent dans l'ambulance lui palpe la nuque et le dos afin de vérifier l'état de la moelle épinière (S2E03), ce qui semble difficile à réaliser selon les médecins du panel. Un patient prend en otage des membres du personnel de l'hôpital car aucun médecin ne trouve ce qu'il a ; deux médecins otages l'examinent et découvrent qu'il est atteint d'une paralysie du septième nerf crânien (S5E09) : le panel explique que les examens menés sont corrects mais que le diagnostic ne l'est pas, et n'est pas en adéquation avec ce que les médecins ont observé. Ces scènes peuvent tout de même être utilisées en classe, si l'enseignant indique aux étudiants ces différents points d'erreur.

Enfin, les dernières erreurs repérées se situent au niveau des traitements, qui sont universels. Une patiente présente de la fièvre alors qu'elle est sous traitement immunosuppresseur (S2E08) ; le médecin indique que ce traitement doit bloquer la fièvre, ce qui n'est pas vérifiable dans tous les cas selon le panel. Une autre patiente doit recevoir des corticostéroïdes afin de soigner sa pathologie et le médecin lui en prescrit 40 milligrammes trois fois par jour (S1E05), ce qui correspond à trois fois la dose normale selon les professionnels. Un patient consulte pour un syndrome du côlon irritable et le médecin lui propose de fumer une cigarette par jour pour atténuer ses symptômes (S1E05) ; ici, même si l'idée paraît saugrenue, le panel s'accorde à dire que ce traitement peut fonctionner mais pour une autre maladie digestive que le syndrome du côlon irritable. Enfin une patiente présente un eczéma au niveau des mains et le médecin lui prescrit des antihistaminiques en comprimé (S1E05) ; le panel explique qu'il ne s'agit pas du bon traitement. De plus, cette même patiente fait une réaction allergique à la prise d'antihistaminique ce qui équivaut à une crise d'asthme et elle est traitée par une injection d'adrénaline par le médecin ; le panel est formel, l'eczéma ne peut pas provoquer de crise d'asthme, cette scène n'est absolument pas correcte médicalement, son utilisation a alors été réduite à la première partie de la scène, avant que la crise d'asthme ne débute.

Les extraits de séries télévisées ont été retenus pour les situations dépeintes et pour le travail qu'ils offrent sur les savoirs, les savoir-faire et les savoir-être de la communication de la consultation médicale. Leur vérification par le panel de professionnels a permis d'en repérer certaines qui auraient pu induire les étudiants en erreur.

5.4.2. Vérification de la pertinence du contenu lexical des documents propres à chaque programme

Afin de répondre aux questions de recherche soulevées par ce travail, huit corpus ont été créés, donnant ensuite naissance à 281 *wordlists* (WL) [15] : le

[15] La dénomination *Wordlist* est conservée en anglais ; elle fait référence au nom donné aux listes de mots créées avec le logiciel *AntConc*.

corpus de référence, qui est composé de sept *wordlists*, trois corpus de documents correspondant aux trois programmes d'enseignement composés de 129 *wordlists* au total, et enfin trois corpus de productions étudiantes comptant 145 *wordlists* (Tableau 18). Dans cette section, nous détaillerons les raisons qui nous ont amenés à créer ces corpus et ces *wordlists*, ainsi que la méthodologie concernant les étapes de création de chacun d'entre eux.

CORPUS	*WORDLISTS*		
Référence	- NHS[16] - CDC - JAMA - Lancet - NEJM - BMJ - 1 WL complète associant toutes les WL du corpus		
Documents	PROGRAMME 1	PROGRAMME 2	PROGRAMME 3
	- 25 documents - 11 powerpoints - 1 WL complète	- 36 documents - 11 powerpoints - 1 WL complète	- 32 documents - 11 powerpoints - 1 WL complète
Productions étudiantes	PROGRAMME 1	PROGRAMME 2	PROGRAMME 3
	- 31 candidats - 13 cas cliniques - 5 candidats années supérieures	- 33 candidats - 13 cas cliniques - 5 candidats années supérieures	- 31 candidats - 13 cas cliniques - 1 candidat année supérieur

Tableau 18 : Présentation de la répartition de chaque WL correspondant à chaque corpus

5.4.2.1. *Wordlist* de référence

La création de la *wordlist* de référence (WL référence) a pour objectif de faire ressortir l'utilisation de la langue lors d'une consultation médicale afin d'en révéler le lexique le plus utile pour la population étudiée. Cependant, nos recherches de corpus sur la communication médecin-patient se sont révélées infructueuses, et il semble que le secret professionnel – et donc la nature privée de ces conversations – empêche la création de tels corpus. Nous avons dû de ce fait en créer un, afin de le transformer ensuite en une WL représentative du discours du médecin lors de la consultation médicale. Celle-ci sera ensuite comparée aux autres WL créées : tout d'abord, aux documents utilisés dans les trois programmes d'enseignement afin d'en vérifier l'authenticité linguistique et

[16] Les acronymes sont définis dans la suite de ce chapitre, ils sont utilisés en l'état pour illustrer notre propos.

ainsi valider leur utilisation, et ensuite aux productions des étudiants, pour mesurer leur capacité à acquérir et à utiliser le lexique de la consultation médicale.

Afin de créer un corpus pertinent, il y a nécessité d'une adéquation entre le type de documents choisis et la langue à examiner : « There must be a match between the language being examined and the type of material being collected » (Reppen, 2010, p.31). Cependant, les corpus portant sur les conversations originales entre un médecin et un patient pendant une consultation médicale n'existant pas à notre connaissance, il a donc fallu passer par d'autres moyens pour créer un corpus représentatif de ce genre d'échanges. Ce corpus nouvellement créé doit être une représentation fiable de la variété de la langue qu'est l'anglais médical de la consultation :

> The starting point for the building of a corpus for a variety of a language could usefully be based on a fundamental decision: is the proposed corpus being built to represent a Variety of a language, such as American English or British English, or is it representing a variety of a language such as legal English or academic English. (Clancy, 2010, p.81)

Nos objectifs étant définis, la démarche proposée par Clancy (2010) a été suivie pour créer ce corpus :

1 : réfléchir à la diversité des textes à inclure pour la création du corpus ;

2 : apprécier la longueur et le nombre de textes.

La taille de ce corpus ne doit pas être démesurée ; en effet, le nombre de documents utilisés pour les cours est relativement faible et les étudiants doivent être exposés à un nombre de mots permettant leur mémorisation et leur assimilation pour une réutilisation ultérieure. Contrairement aux mega-corpus (Koester, 2010) qui comptent plusieurs milliards de mots, la WL que nous cherchons à façonner par le biais de ce corpus doit être de taille modeste afin de rassembler uniquement les occurrences les plus communes de la consultation médicale. Ces occurrences peuvent alors servir de référence et permettre de vérifier la validité du matériel pédagogique choisi. Le fait d'utiliser un corpus de taille modeste peut mener à des critiques. Cela étant, les avantages de ce type de

corpus cherchent à les refuter : « one of the main advantages of a small specialised corpus is that, unlike with a large corpus, the language is not de-contextualised » (Koester, 2010, p.74). En effet, le contexte d'utilisation est primordial pour cette recherche : l'objectif n'est pas de faire une WL contenant l'ensemble du lexique médical, mais bien de se concentrer sur l'utilisation du lexique médical dans le cadre d'une consultation. Ce domaine linguistique étant très spécifique, le recours à un mega-corpus n'est pas nécessaire ici.

Puisqu'il est apparu impossible d'obtenir et d'utiliser directement les conversations entre un médecin et son patient, les rapports de cas cliniques publiés sur Internet ont été ciblés. Il s'agit de textes rédigés par des professionnels de santé à l'issue d'une consultation médicale. Ils contiennent à la fois du lexique courant, tels que les expressions et mots employés par le patient pour décrire ses symptômes, et du lexique spécialisé, employé par les médecins, ce qui est en lien direct avec l'objectif de cette étude : « The corpus must be representative of the language being investigated » (Reppen, 2010, p.31).

Les objectifs du module Consultation ne faisant pas mention d'un choix entre l'anglais britannique et l'anglais américain, les rapports de cas cliniques de deux revues médicales britanniques (*British Journal of Medicine* et *Lancet*) et de deux revues médicales américaines (*New England Journal of Medicine* et *Journal of the American Medical Association*) ont été choisis pour représenter l'anglais médical de la consultation : le choix s'est porté sur ces revues en raison de leur facteur d'impact. Également, pour être le plus représentatif possible de l'anglais de la consultation, des rapports de cas cliniques s'étant déroulés dans des services d'urgence uniquement ont été sélectionnés, afin de garantir une variété de cas cliniques, sans favoriser une spécialité en particulier, et ainsi obtenir une plus large gamme de lexique médical, à la fois spécialisé et courant. Toutefois, il convient de préciser que ces rapports de cas cliniques sont soumis au *peer reviewing* avant publication, ce qui influence probablement le contenu. Pour être publiés, les rapports de cas doivent répondre à certains critères prédéfinis par les revues, comme par exemple, le nombre de mots ou encore l'anonymat des patients. Toutefois, les attentes quant au registre lexical ne sont jamais mentionnées dans les critères de sélection des articles (Tableau 19).

Revue médicale	Variété de l'anglais	Facteur d'impact en 2019	Lien vers les consignes pour auteurs	Années de publication des rapports
British Journal of Medicine (BMJ)	britannique	23.562	https://casereports.bmj.com/pages/authors/	2014-18
Lancet	britannique	53.254	https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/authors/lancet-information-for-authors.pdf	2006-17
New England Journal of Medicine (NEJM)	américain	79.258	https://www.nejm.org/author-center/article-types	2015-18
Journal of the American Medical Association (JAMA)	américain	47.661	https://jamanetwork.com/journals/jama/pages/instructions-for-authors	2017-19

Tableau 19 : Revues médicales utilisées pour la création du corpus (données obtenues sur les sites des revues le 30 avril 2019)

Les 50 derniers rapports de cas cliniques publiés sur le site de chaque revue ont ensuite été sélectionnés (Annexe 15) ; ce choix pragmatique permet à la fois de fixer une limite du nombre de textes à inclure et de situer les textes sur une chronologie quasi-équivalente pour chaque revue : les cas cliniques sélectionnés ont été publiés entre 2014 et 2018 pour le *BMJ*, entre 2006 et 2017 pour le *Lancet*, entre 2015 et 2018 pour le *NEJM* et entre 2017 et 2019 pour le *JAMA*. Le dernier rapport de cas publié a été sélectionné en numéro 1, puis la chronologie inversée a été appliquée jusqu'à avoir 50 cas pour chaque revue. L'étalement chronologique s'explique par le fait que certaines revues ne sont pas favorables, ni demandeuses de ce type d'articles ; cette information est précisée dans les consignes aux auteurs.

Chaque rapport a été copié dans un document individuel et nommé selon un numéro : BMJ 1 à BMJ 50, Lancet 1 à Lancet 50, NEJM 1 à NEJM 50 et JAMA 1 à JAMA 50. Chacun de ces textes comprend le numéro du rapport de cas, son titre, ainsi que le texte du rapport. Le nombre total de mots contenus dans les 50 rapports de cas de chaque revue, qui correspond au relevé figurant sur les documents *Word,* est reporté dans le Tableau 20. Le nombre de mots n'est pas

constant entre les quatre revues ce qui, une nouvelle fois, s'explique par les consignes aux auteurs.

Revue médicale	Nombre de rapports de cas	Nombre total de mots
British Journal of Medicine (BMJ)	50	4 343
Lancet	50	5 780
New England Journal of Medicine (NEJM)	50	13 936
Journal of the American Medical Association (JAMA)	50	3 321

Tableau 20 : Nombres d'articles utilisés pour la création de la WL référence

Cependant, ces textes utilisent principalement du lexique médical spécialisé en raison du fait qu'ils sont rédigés par des médecins, pour d'autres médecins. Une recherche a alors été entreprise pour compléter ce corpus en y incluant davantage de lexique médical non spécialisé. Le choix s'est porté sur le *Plain Language Thesaurus for Health Communications* (CDC, 2007) du CDC (Centers for Disease Control and Prevention) et sur le *Health Dictionary* proposé par la NHS (NHS Great Ormond Street Hospital for Children, n.d.), afin de s'assurer que les deux variétés d'anglais sont bien représentées (Tableau 21). Ces deux documents, qui sont destinés au grand public, sont des glossaires suggérant plusieurs synonymes non médicaux de termes médicaux, ou une définition de celui-ci (Tableau 22, Annexe 15). Une fois ce corpus compilé, nous avons pu passer à l'étape de création de la WL référence.

Document original	Variété de l'anglais	Nombre de mots
CDC	américain	6 119
NHS	britannique	11 212

Tableau 21 : Nombre de mots présents dans les documents CDC et NHS

Terme médical	Synonymes ou définitions proposées	
	CDC	NHS
Abdomen	stomach, stomach area, belly, tummy	The abdomen is actually just another word for your stomach.
Symptom	sign (of disease or sickness)	A sign of a disease or condition that the patient notices and reports to a doctor

Tableau 22 : Exemples de termes médicaux explicités dans les documents CDC et NHS

Pour ce faire, l'intégralité des documents a été ensuite convertie en fichier .txt afin d'être utilisable dans le logiciel gratuit *AntConc* (Anthony, 2018), qui a été décrit comme étant « a free, simple, userfriendly, stable and reliable tool

complete with online tutorials, help functions and discussion forums » (Boulton, 2013, p.53). Une *stoplist* et une *lemmalist* ont été téléchargées pour l'exploitation de ces documents. La *stoplist*, qui a été obtenue sur le site Python Tutorials dédié à l'analyse de corpus, contient les mots les plus fréquents de la langue anglaise, comme *the*, *I*, *this* entre autres (Annexe 16) et vise à les retirer des WL créées. À ces mots, 26 ont été rajoutés manuellement, qui correspondent aux noms et prénoms des patients des cas cliniques de l'évaluation finale. La *lemmalist* a été téléchargée sur le site du logiciel *AntConc*. Elle a été créée par Anthony à partir du British National Corpus (BNC) (The British National Corpus, 2007), et contient l'intégralité des termes ayant une fréquence supérieure à deux. Malgré l'origine britannique du corpus original, l'orthographe américaine y est représentée ; par exemple, on peut noter la présence du mot « centre » à la fois sous l'orthographe britannique *centre*, et sous l'orthographe américaine *center*. L'utilisation d'une *lemmalist* permet de regrouper sous la même forme canonique l'ensemble des dérivations d'un mot. Par exemple, sous la forme canonique *look*, le logiciel utilisant la *lemmalist* regroupera toutes les occurrences renvoyant à ce mot comme *look*, *looks*, *looking* ou encore *looked*. Ainsi, l'utilisation conjointe de ces deux listes permet d'épurer les WL créées en appliquant deux types de filtres : le premier consiste à éliminer les mots les plus fréquents de la langue anglaise et qui ne seraient donc pas représentatifs dans cette étude, mais également de regrouper sous un même mot l'ensemble de ses dérivations, afin de ne pas créer d'erreurs ou d'incohérences dans la comptabilisation de fréquences d'utilisation de mots.

Une WL individuelle a donc été créée pour chaque revue ou document mentionné précédemment, en utilisant le logiciel *AntConc*, la *stoplist* et la *lemmalist*. Les données obtenues ont ensuite été sauvegardées dans un fichier *Word*. Ce processus a mené à la création des WL suivantes : WL BMJ, WL Lancet, WL NEJM, WL JAMA, WL CDC, et WL NHS.

À l'issue de ces manipulations, il a été possible de comptabiliser le nombre de mots présents dans chaque WL. Toutefois, le logiciel *AntConc* fait une différence entre les *types* et les *tokens*. Le terme *token* renvoie au nombre total de mots présents dans un corpus. Le terme *type*, quant à lui, fait

référence au nombre de mots distincts dans un corpus, en prenant en compte leur éventuelle répétition. Ainsi, pour l'ensemble des WL du corpus de référence, le nombre de types s'élève à 8 160 et le nombre de *tokens* à 23 101 (Tableau 23). Ces six WL ont ensuite été insérées en même temps dans *AntConc*, afin de générer la WL référence. L'utilisation conjointe de la *stoplist* et de la *lemmalist* a permis la création de la WL référence qui compte au total 5 005 types et 23 093 tokens (Tableau 24, Annexe 17). Cette WL, comme toutes les autres, a ensuite été sauvegardée en ne conservant que les types, puisqu'ils sont la représentation canonique de la langue utilisée dans les documents. En effet, la classification des types par fréquence permet de visualiser les termes les plus fréquents dans l'intégralité du corpus. Il est à noter que les 40 premiers types de la WL référence sont des représentations typiques du lexique médical (Tableau 25). L'objectif de création de cette WL est ainsi atteint, et elle va être utilisée comme liste de référence pour l'analyse lexicale des supports pédagogiques des trois programmes, et pour mesurer la capacité des étudiants à communiquer dans un contexte de consultation médicale.

Source de la WL	Types
BMJ	697
Lancet	1 159
NEJM	1 917
JAMA	820
CDC	1 958
NHS	1 609
total	8 160

Tableau 23 : Nombre de types de chaque WL créée

	Types
WL de référence	5 005

Tableau 24 : Nombre de types de la WL référence

#Lemma Types: 5005		
#Lemma Tokens: 23093		
#Search Hits: 0		
1	316	year
2	249	patient
3	226	old
4	209	pain
5	189	disease
6	170	day
7	140	blood
8	140	history
9	127	body
10	125	emergency
11	119	hospital
12	115	man
13	106	make
14	103	department
15	94	woman
16	88	presented
17	86	use
18	82	fever
19	78	reported
20	77	month
21	76	cell
22	72	admission
23	70	drug
24	69	medical
25	69	test
26	68	case
27	68	chest
28	67	bone
29	66	doctor
30	66	get
31	66	symptom
32	65	people
33	63	one
34	62	time
35	61	also
36	58	abdominal
37	58	medicine
38	58	right
39	58	skin
40	58	type

Tableau 25 : Représentation des 40 types les plus fréquemment utilisés dans la WL référence

5.4.2.2. *Wordlists* des trois programmes d'enseignement

La WL référence a ensuite été utilisée pour quantifier le nombre de mots communs entre elle et les documents utilisés dans les trois programmes d'enseignement, afin d'en évaluer la pertinence pour l'apprentissage du lexique spécifique de la consultation médicale. Trois WL correspondant aux trois programmes d'enseignement ont été créées (WL PROG 1, WL PROG 2, WL PROG 3, Annexe 17, Annexe 18), en suivant la même méthodologie que pour la création de la WL référence. Par exemple, les scripts correspondant à chaque document du programme 1 (Annexe 3), ainsi que les Powerpoints donnés aux étudiants à l'issue des cours, ont été convertis en fichier .txt, puis insérés dans *AntConc*, avec les mêmes préférences que pour la création de la WL référence, à savoir la *stoplist* et la *lemmalist*. Les données obtenues ont été sauvegardées dans un fichier nommé WL PROG 1.

Le logiciel *AntConc* ne permettant pas de faire ressortir les termes communs entre ces deux WL, un tableur *Excel* a été ouvert, dans lequel la WL référence a été insérée dans la colonne A, puis la WL PROG 1 dans la colonne B. Les doublons entre les deux colonnes ont été mis en surbrillance de manière automatique, faisant apparaitre les termes communs aux deux colonnes. Le repérage manuel du nombre de cooccurrences entre les deux colonnes a été effectué (Illustration 13), et le document a été nommé WL référence + WL PROG 1, puis sauvegardé.

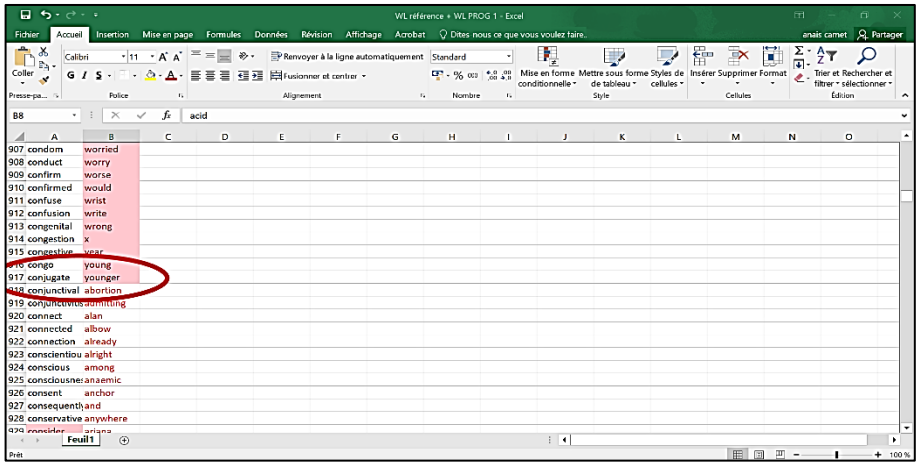


Illustration 13 : Repérage semi-automatisé du nombre de cooccurrences entre la WL référence et la WL PROG 1

La même opération a été répétée pour la WL PROG 2 et la WL PROG 3, et le nombre de cooccurrences entre la WL référence et les trois WL PROG apparaît dans le Tableau 26. Au regard de ces données, il apparaît que le lexique des documents de chaque programme correspond au lexique de la consultation tel qu'il est appréhendé dans la WL référence. Ainsi, le choix des documents est pertinent pour l'enseignement/apprentissage du lexique médical de la consultation.

	Nombre de types de la WL	Nombre de mots communs avec la WL référence	% de cooccurrences
WL PROG 1	1 303	917	70,38
WL PROG 2	1 265	850	67,19
WL PROG 3	1 357	851	62,71

Tableau 26 : Nombre de cooccurrences entre la WL référence et les WL des trois programmes d'enseignement

Par la suite, afin de vérifier la cohérence de contenu entre les trois programmes, les données de chacun ont été confrontées dans le but de quantifier le nombre de mots communs entre chaque programme (Tableau 27). Les résultats sont sensiblement les mêmes entre les trois programmes, avec tout de même un nombre de cooccurrences légèrement plus élevé entre le P2 et le P3. Ceci s'explique par le fait que ces deux programmes ont de nombreux extraits communs.

	Nombre de types contenus dans les WL	Nombre de cooccurrences	% de cooccurrences
P1-P2	2 568	717	27,92
P1-P3	2 660	732	27,52
P2-P3	2 622	903	34,44

Tableau 27 : Nombre de cooccurrences entre les WL des trois programmes

Synthèse

L'objectif de cette recherche étant de mesurer l'impact de l'utilisation des séries télévisées sur l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation chez les étudiants de médecine français, un nouveau programme a été créé dans le but d'obtenir des données pouvant par la suite être comparées. Ce nouveau programme a été conçu grâce à la déconstruction de la consultation

menée dans la première partie de cette thèse, qui a fait ressortir les besoins communicationnels de cette situation. Les ressources médicales authentiques disponibles sur Internet, qui étaient jugées pertinentes pour la construction de ce nouveau programme, ont ensuite été didactisées dans le but de créer des documents supports communs aux trois programmes. Par la suite, ce programme a été divisé en trois branches, une pour chaque programme, et des documents ont été recherchés pour chacun : le programme traditionnel (P1) se fonde sur les documents standards utilisés en contexte d'enseignement/apprentissage, à savoir les documents didactiques et didactisés, le P2 (programme contextualisé) s'appuie sur des extraits de la série télévisée *House, M.D.*, et le P3 (programme hybride) sur un panachage d'extraits de séries télévisées médicales et non médicales. L'ensemble des documents sélectionnés favorise un travail sur le fond et sur la forme de la consultation médicale visant à l'acquisition et à la maîtrise de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être.

L'intérêt de créer deux groupes utilisant des extraits de séries différentes tient dans le fait que les résultats des étudiants de chaque groupe pourront tout d'abord être comparés à ceux des étudiants du P1, mais également entre eux. Cela permettra de valider ou de réfuter l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de séries télévisées représentatives du milieu professionnel auquel se destine les étudiants impacte l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale. En effet, la série utilisée pour le P2 est largement ancrée dans la communauté médicale puisque toutes les scènes utilisées pour ce programme se déroulent en milieu hospitalier. À l'inverse, les scènes du P3 se déroulent majoritairement dans le cadre privé du déroulement narratif.

Les documents correspondant à chaque programme viennent alors enrichir les connaissances des étudiants, qu'elles concernent le lexique ou les marqueurs communicatifs (questions, expressions types) propre à l'exercice de la consultation médicale. Ces points sont essentiels à cette étude puisqu'ils nous permettront de répondre à nos questions de recherche. Le contenu pédagogique ayant été explicité, il convient désormais de se tourner vers les points plus pratiques, à savoir les différents protocoles concernant la collecte et l'analyse des données.

CHAPITRE 6
COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNÉES

L'objectif de ce chapitre est de présenter les fondements théoriques et méthodologiques suivis par cette étude pour la collecte et l'analyse des données. De ce fait, il s'appuie largement sur les apports de la littérature scientifique qui viennent asseoir la méthode suivie. Nous nous attacherons tout d'abord à présenter la méthodologie de construction du questionnaire qui est employé pour la collecte de données. Ensuite, nous définirons les différentes méthodes utilisées pour l'analyse de ces données, puisque les méthodes d'analyses quantitatives et qualitatives sont généralement opposées dans la mesure où elles mettent en jeu des paradigmes différents (Layder, 1988). Enfin, nous mettrons à jour les différents biais qui peuvent peser sur la validité des résultats.

6.1. Le questionnaire : conception et utilisation de l'outil

Le questionnaire a été défini comme étant :

> Any written instruments that present respondents with a series of questions or statements to which they are to react either by writing out their answers or selecting from among existing answers. (Brown, 2001, p.6)

Dörnyei et Taguchi exposent les avantages et les inconvénients de cet outil ; ils expliquent que le questionnaire est très efficace en terme de « a) researcher time, b) researcher effort and c) financial resources » (2010, p.6). La liste d'inconvénients est bien plus longue et inclut la superficialité des réponses, le fait que les personnes qui complètent le questionnaire peuvent être peu fiables et peu motivées ou peuvent ne pas être en mesure de comprendre les questions posées. Mais les points faibles du questionnaire concernent également son concepteur ; on retrouve alors les problèmes de biais (« social desirability (or prestige) bias, […] acquiescence bias »), ou encore la déception face aux réponses obtenues, qui ne sont pas en adéquation avec ce que le concepteur avait envisagé (*Ibid.*, p.6). Ces points soulignent l'importance majeure de mener une réflexion en amont de l'élaboration des questionnaires.

Dans le cadre de cette étude, les différents questionnaires créés et utilisés ont deux rôles distincts :

- La collecte d'information visant, d'une part à faire un état des lieux des besoins en anglais des professionnels de santé et des étudiants, et d'autre part de connaître le point de vue de ces derniers concernant la série télévisée *House, M.D.*

- La collecte de données afin de répondre à la problématique de départ (Tableau 28).

Chacun de ces questionnaires a fait l'objet d'une réflexion quant à sa construction, dans le but d'obtenir des réponses pour éclairer cette recherche.

	Nom du questionnaire	Destinataire	Format	Annexe	Objectif(s)
1	Besoins en anglais des professionnels de santé	Professionnels de santé du CHU de Dijon	Google Form®	4	Connaître les besoins en anglais des professionnels de santé.
2	Besoins en anglais des étudiants de médecine	Étudiants de médecine de l'UFR Sciences de Santé de Dijon	Google Form®	5	Connaître le point de vue personnel et individuel des étudiants de médecine concernant leurs besoins en anglais.
3	Besoins en anglais des étudiants de médecine	Enseignants d'anglais médical en France	Google Form®	6	Connaître le point de vue personnel et individuel des enseignants d'anglais médical concernant les besoins en anglais des étudiants de médecine.
4	*House, M.D.*	Étudiants de médecine de l'UFR Sciences de Santé de Dijon	Google Form®	7	Connaître le point de vue personnel et individuel des étudiants de médecine sur la série télévisée *House, M.D.* et sa potentielle utilisation en cours.
5	Bilan de fin de module	Participants à l'étude	Papier	9	Faire le point du module suivi par les participants dans le but d'obtenir des données chiffrés en lien avec leur ressenti.
6	Pré-post test	Participants à l'étude	Papier	8	Mesurer l'écart des connaissances linguistiques en anglais médical des participants avant et après le module.
7	Commentaires de fin de semestre	Participants à l'étude	Papier	10	Obtenir le ressenti personnel et individuel des participants quant au module suivi.

Tableau 28 : Référencement des questionnaires créés pour la recherche-action

6.1.1. Protocoles d'élaboration des questions

Deux types de questions sont conjointement utilisés dans les questionnaires de cette étude, à savoir les questions ouvertes et les questions fermées. On ne peut répondre à ces dernières que par un choix unique entre plusieurs possibilités. Les questions ouvertes, quant à elles, incluent deux types de questions principalement ; on y retrouve celles amenant la rédaction d'une réponse et celles à choix multiple (Illustration 14).

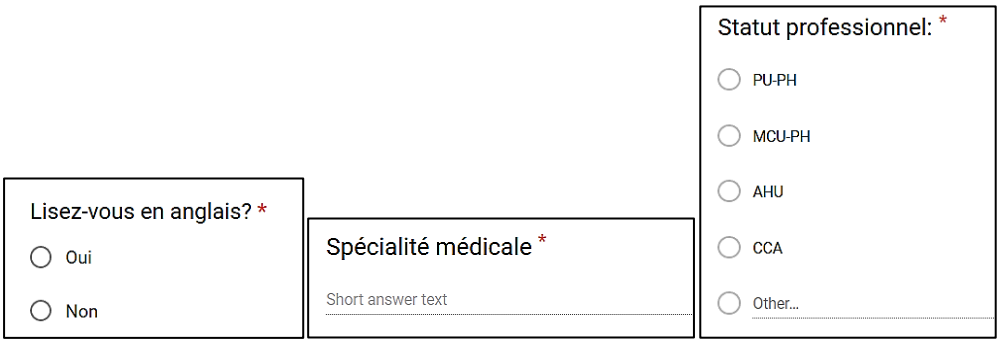


Illustration 14 : Exemples de questions présentes dans le questionnaire 1 (Annexe 4) : fermée (à gauche), rédactionnelle (au centre), à choix multiple (à droite)

L'utilisation en combinaison de ces différentes formes de questions amène un éclairage plus précis sur le regard et/ou l'opinion des répondants. Dans cette optique, certaines règles de construction des questions doivent être réfléchies et appliquées.

D'une manière générale, les questions posées sont relativement courtes (Foddy, 1993 ; Dillmann, 2000 ; Fink, 2003), et leur structure grammaticale reste simple (Brislin, 1986 ; Dillman, 2000 ; Dörnyei, 2003) de façon à garantir la bonne compréhension des participants (Illustration 15).

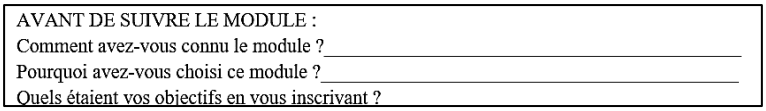
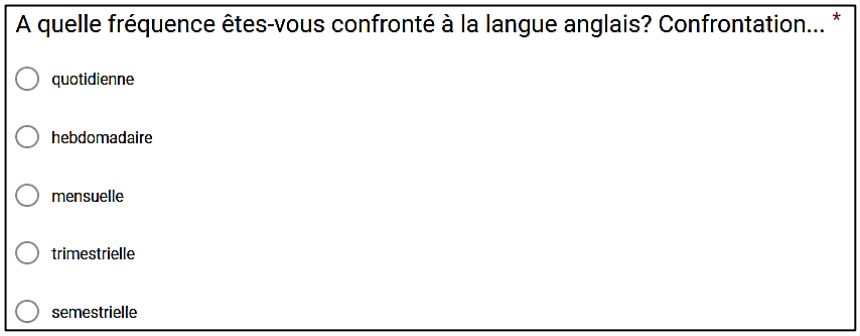


Illustration 15 : Exemple de questions courtes et grammaticalement simples présentes dans le questionnaire 5 (Annexe 9)

Il convient d'éviter les questions à double niveau, c'est-à-dire les questions contenant deux verbes portant sur deux actions différentes qui pourraient cacher le point de focus soulevé par la question (Brislin, 1986). Si les fréquences d'une habitude sont questionnées, des adverbes précis tels que « quotidien » ou

« hebdomadaire » sont utilisés (Mullis, Martin, Kennedy & Foy, 2007), plutôt que « très fréquent » ou « fréquent », qui peuvent être interprétés de manière différente par chaque individu (Bradburn & Miles, 1979) (Illustration 16).



Si oui, à quelle fréquence ?	1x/mois	1x/semaine	1x/jour	Plus (précisez) :

Illustration 16 : Exemples de questions sur la fréquence présentes dans le questionnaire 1 (Annexe 4, en haut) et questionnaire 5 (Annexe 5, en bas)

Enfin, l'obtention de certaines réponses s'appuient sur l'échelle de Likert, qui est définie comme « a set of selected items that together measure one trait, such as satisfaction with a teaching method » (Harpe, 2015, p.839). Cette échelle est utilisée dans le but de pouvoir quantifier les réponses obtenues :

> Likert scales can be included in a larger group of measures that are sometimes referred to as summated (or aggregated) rating scales, since they are based on the idea that some underlying phenomenon can be measured by aggregating an individual's rating of his/her feelings, attitudes, or perceptions related to a series of individual statements or items. (*Ibid.*, p.838)

Cependant, la conception originelle de ce type d'échelle prévoyait que l'obtention et la quantification de données ne puissent se faire que par la réponse globale à l'ensemble des items. Ainsi, les échelles des questionnaires de cette étude renvoient non pas à l'échelle de Likert telle qu'elle a été conçue, mais à des échelles de type Likert (« Likert-type scales », *Ibid.*, p.138). De plus, la version créée par Likert cherchait à mesurer la satisfaction des répondants par le biais d'une échelle de cinq points situés à équidistance et séparés au centre par une option neutre. Cependant, dans cette étude, il a été décidé de ne pas utiliser ce point central afin de mesurer la satisfaction des participants en utilisant uniquement des marqueurs positifs ou négatifs, à des degrés différents (Illustration 17) :

> Some researchers prefer using an even number of response options because of the concern that certain respondents might use the middle category ("neither agree nor disagree", "not sure", or "neutral") to avoid making a real choice, that is, to take the easy way out. (Dörnyei, 2003, p.37)

CONCERNANT LE MODULE (1= insatisfait, 2= peu satisfait, 3= satisfait, 4= très satisfait) :

ETES-VOUS	1	2	3	4
D'un point de vue général				
Charge horaire/semaine				
Contenu des programmes				
Pédagogie de l'enseignant				
Utilisation des documents				
Examen final				

Ce module vous a permis de (1 étant le plus faible et 4 le plus fort):

	1	2	3	4
Travailler/améliorer la compréhension orale				
Travailler/améliorer l'expression orale				
Travailler/améliorer votre accent				
Vous sentir plus à l'aise à l'oral				
Apprendre du vocabulaire courant				
Apprendre du vocabulaire médical				
Apprendre des expressions courantes				
Apprendre des expressions médicales				
Savoir communiquer avec des patients étrangers				
Approfondir vos connaissances médicales				

Illustration 17 : Exemples de questions utilisant les échelles graduées de type Likert présentes dans le questionnaire 5 (Annexe 9)

La réflexion menée autour de la conception des questionnaires et de la construction des questions a pour but d'obtenir des données qui peuvent être analysées par la suite afin de répondre à la problématique de départ de cette recherche.

6.2. Analyse quantitative des données

« L'analyse quantitative désigne l'ensemble des méthodes et des raisonnements utilisés pour analyser des données standardisées » (Martin, 2012, p.1). Ce type d'analyse cherche à obtenir des valeurs quantifiables à l'aide d'unités de mesures. La démarche quantitative débute par une phase théorique, qui comprend l'explicitation d'une problématique, de notions et de concepts et la recherche d'indicateurs qui vont permettre de répondre à la problématique :

> The quantitative researcher isolates and defines variables and variable categories. These variable are linked together to frame hypotheses often before the data are collected, and are then tested upon the data. (Brannen, 2016, p.4)

Lorsque ces indicateurs sont définis, le chercheur met en place des outils pour obtenir des données chiffrées. Ces outils peuvent prendre différentes formes, telles que les expérimentations en milieux contrôlés visant à optimiser l'obtention d'effets causatifs, ou encore les questionnaires (Kelley, Clark, Brown & Sitzia, 2003). L'objectif étant, par la suite, d'analyser ces données chiffrées afin de répondre à la problématique initiale, tout en proposant une généralisation des résultats :

> Quantitative data consists of numbers that are obtained by using structured and validated data-collection instruments and statistically analyzed. The findings should be generalizable and thus can be applied to other populations, being able to look at cause and effect as well as making predictions. (Leung, 2015, n.p.).

Toutefois, dans le but d'asseoir la validité scientifique de nos résultats, nous avons entrepris de nombreuses analyses statistiques sur les données collectées.

6.2.1. Analyses statistiques des données

Les analyses statistiques ne sont pas utilisées de manière systématique dans les études portant sur la linguistique :

> Among the linguistic community, statistical methods or more generally quantitative techniques are mostly ignored or avoided because of the lack of training, fear and dislike too. The reasons: (1) these techniques are just not related to linguistics, philology or humanities; statistics falls into the province of sciences, mathematics and the like; and/or (2) there is a feeling that these methods may detroy the "magic" in literary text. (Cantos Gómez, 2002, p.234)

Pourtant, les recherches en psychologie ou en sociologie insistent sur le caractère primordial des analyses statistiques, qui tendent à donner de la puissance à une étude, et à en garantir la fiabilité des résultats :

> We need to make substantial changes to how we conduct research. First, in response to heightened concern that our published research literature is incomplete and untrustworthy, we need new requirements to ensure research integrity. (Cumming, 2014, p.7)

Les analyses statistiques de l'hypothèse nulle (NHST – Null Hypothesis Significance Testing) cherchent à opposer un modèle expérimental à une hypothèse dite nulle, car sans effet :

> […] the null hypothesis corresponds to the exact opposite of what I want to believe, and then focus exclusively on that almost to the neglect of the thing I'm actually interested in (which is now called the alternative hypothesis, H_1. (Navarro & Foxcroft, 2019, p.185)

Cette méthode est toujours largement répandue dans les communautés scientifiques (Cumming, 2014, p.11). Elle s'appuie sur les travaux de Fisher (1934), et cherche à démontrer la probabilité qu'une hypothèse est nulle grâce à la valeur *p*. Dans la pratique, un niveau de significativité est prédéterminé afin de servir de référence, et donc de conclure à la significativité des résultats. Fisher recommande d'utiliser un seuil équivalent à p=0,05 pour justifier qu'un effet est significatif ou non. Toutefois, ce seuil n'est qu'un élément visant à accepter ou à refuser une hypothèse. Ainsi, une des limites de ce mode d'analyses statistiques tient en une dichotomie : selon Kirk (2003), les analyses NHST nous forcent à choisir entre blanc et noir, soit à dire qu'un effet est statistiquement significatif ou qu'il ne l'est pas. Kline (2004) recommande alors de parler uniquement de différence statistique, et d'avoir recours à d'autres outils pour justifier si celle-ci est significative ou non.

Parmi ces outils se trouvent les intervalles de confiance (IC) qui servent à mesurer avec précision l'estimation des paramètres étudiés, et dont le calcul est nécessaire, sous peine de ne pas obtenir des données précises et scientifiquement fiables (Poinsot, 2004). En ce sens, l'IC donne un intervalle de mesures qui englobe un pourcentage de risque que la moyenne obtenue soit due au hasard. Les IC sont également utilisés pour connaître la magnitude de l'effet observé (Pernet, 2017). Afin de calculer la puissance de cet effet, il faut se tourner vers une autre mesure statistique qui est la taille de l'effet (Effect Size – ES) : les moyennes, les différences entre les moyennes, les fréquences, ou encore les

corrélations font parties des ES, et le *d* de Cohen sert à mesurer cet effet. Cohen (1988) suggère que *d*=0,2, *d*=0,5, et *d*=0,8 sont des valeurs seuils renvoyant à un effet de taille petite, moyenne ou grande, tout en insistant sur la nécessité de prendre en compte le contexte comme fond pour l'analyse et l'interprétation de ce résultat.

Le logiciel JAMOVI (The Jamovi Project, 2019) a été utilisé pour mener les analyses statistiques sur les données de cette recherche. Ainsi, l'intégralité des tests effectués (Tableau 29) cherche à vérifier la significativité de l'impact des documents sur la compétence communicationnelle des étudiants.

TEST	FONCTION
Shapiro Wilk	Test de normalité qui teste l'hypothèse nulle selon laquelle un échantillon est issu d'une population normalement distribuée.
ANOVA à mesure répétée	Compare les moyennes obtenues par des échantillons appariés, c'est-à-dire des échantillons identiques, composés d'individus possédant les mêmes caractéristiques.
ANOVA de Fisher	Compare deux variances de deux échantillons possédant des nombres différents d'individus.
ANOVA de Friedman	Alternative non-paramétrique à l'analyse de variance à un facteur avec mesures répétées.
ANOVA de Welch	Utilisation identique à l'ANOVA de Fisher, mais ce test peut être utilisé pour des groupes dont les variances sont inégales.
Égalité des variances de Lévène	Évalue l'hypothèse selon laquelle les variances des populations à partir desquelles différents échantillons sont prélevés sont égales.
Test de Tukey	Test de comparaisons multiples utilisé pour déterminer les différences significatives entre les moyennes de groupes dans une analyse de variance.
Test de Wilcoxon	Test non paramétrique qui teste l'hypothèse selon laquelle les médianes de deux groupes de données sont proches.
Test de Student apparié	Détermine si les différences de moyenne entre deux observations sont égales à 0. (*Student t-test*)
Test de Student indépendant	Compare les moyennes de deux groupes d'échantillons indépendants. (*two-sample t-test*)
Test exact de Fisher	Détermine si la configuration observée dans le tableau de contingence est une situation extrême par rapport aux situations possibles compte tenu des distributions marginales. Le tableau de contingence est une méthode de représentation de données permettant d'estimer la dépendance entre deux caractères.
Test du Khi²	Permet d'établir à quel seuil de probabilité on peut rejeter l'hypothèse d'indépendance entre des effectifs observés et des effectifs théoriques.

Tableau 29 : Référencement des tests statistiques utilisés dans le cadre de la recherche-action pour l'analyse des résultats

6.3. Analyse qualitative des données

L'analyse qualitative se concentre sur « les effets de situation, les interactions sociales sous contraintes, la place de l'imaginaire ou le jeu des acteurs avec les normes sociales » (Alami, Desjeux & Garabuau-Moussaoui, 2009, p.13). La démarche qualitative est souvent inductive dans le sens où « elle cherche à explorer le réel […] avec seulement un thème d'enquête, mais sans présupposés avec les résultats » (*Ibid.*, p.26). L'analyse qualitative débute par la définition de concepts généraux, qui sont ensuite redéfinis au cours de l'étude :

> The qualitative researcher is said to look through a wide lens, searching for patterns of inter-relationships between a previously unspecified set of concepts. (Brannen, 2016, p.4)

À l'inverse des données quantitatives, les données qualitatives ne sont pas numériques : « Qualitative research is empirical research where the data are not in the form of numbers » (Punch, 1998, p. 4). Ce type de données s'avère utile lorsque la problématique de la recherche concerne le langage ; la capacité d'une personne à communiquer relève d'indicateurs subjectifs pour lesquels il est difficile d'obtenir des données numériques. Les données qualitatives se révèlent alors être un atout majeur :

> Where the research issue is less clear-cut and the questions to respondents likely to result in complex, discursive replies, qualitative techniques such as in-depth interviewing may be called for. (Brannen, 2016, p.5)

L'objectif, quant à la collecte de ce type de données, n'est alors pas de quantifier un ressenti, mais plutôt de tenter de comprendre et d'expliciter la manière dont les participants perçoivent ce ressenti et les raisons qui ont fait naître cette perception (McLeod, 2019) :

> The word qualitative implies an emphasis on the qualities of entities and on processes and meanings that are not experimentally examined or measured (if measured at all) in terms of quantity, amount, intensity, or frequency. Qualitative researchers stress the socially constructed nature of reality, the intimate relationship between the researcher and what is studied, and the situational constraints that shape inquiry. Such researchers emphasize the value-laden nature of inquiry. They

> seek answers to questions that stress how social experience is created and given meaning. (Denzin & Lincoln, 2000, p.8)

Pour ce faire, les données qualitatives s'obtiennent de diverses manières :

> The researcher has several methods for collecting empirical materials, ranging from the interview to direct observation, to the analysis of artifacts, documents, and cultural records, to the use of visual materials or personal experience. (Denzin and Lincoln, 1994, p. 14)

Dans cette étude, les données qualitatives sont collectées par le biais du questionnaire de fin de semestre et par le bilan personnel rédigé librement par les étudiants à la fin du module (Annexe 9, Annexe 10). Ces commentaires permettent d'évaluer qualitativement leur ressenti personnel sur l'enseignement/apprentissage qu'ils ont reçu. Cependant, il convient de s'intéresser à la distinction entre les valeurs émique et étique de l'analyse des données qualitatives.

Pike définit la valeur étique comme étant l'étude des comportements tels qu'ils sont vus de l'extérieur tandis que la valeur émique est envisagée de l'intérieur du système (1967, p.37). En ce sens, la valeur émique « looks at things through the eyes of members of the culture being studied » (Willis, 2007, p.100). Les recherches empiriques sur ces deux notions amènent Headland à les contraster drastiquement :

> Authors equate emic and etic with verbal versus nonverbal, or as subjective knowledge versus scientific knowledge, or as good versus bad, or as ideal behavior versus actual behavior, or as description versus theory, or as private versus public, or as ethnographic versus ethnological. (1990, p.21)

Pourtant, les divergences entre ces deux notions présentent un certain intérêt pour l'analyse qualitative de données. En effet, cela offre une opportunité de mieux comprendre le ressenti des participants à une étude, en envisageant leur point de vue plus globalement :

> Etic and emic, the universal and the historical particular, are not separate kinds of understanding when one person makes sense of another. They are both part of any understanding. (Agar, 2011, p.39)

Ainsi, l'analyse qualitative s'appuie sur une démarche tout d'abord descriptive du ressenti des participants, mais la mise en perspective conjointe des valeurs émique et étique amène le chercheur à prendre le recul nécessaire à l'analyse des données, afin de les envisager non plus sous son propre angle de recherche, mais bien sous celui des participants :

> A common theme underlying many qualitative studies is to demonstrate how participants' perspectives may diverge dramatically from those held by outsiders. (Yin, 2010, p.13)

Toutefois, l'analyse en parallèle des données quantitatives et qualitatives peut se révéler insuffisante. Il semble alors nécessaire de les analyser conjointement, dans le but de répondre de manière plus complète à la problématique de départ :

> Quantitative experiments are useful for testing the results gained by qualitative experiments as they lead to a final answer and narrow the number of possible directions for follow up research. (Shuttleworth, 2008, n.p.)

6.4. Méthode mixte d'analyses quantitatives et qualitatives : de la triangulation à la cristallisation des données

La méthode mixte d'analyse des données est présentée comme « a design for collecting, analyzing, and mixing both quantitative and qualitative data in a study in order to understand a research problem » (Clark, Creswell, Green & Shope, 2008, p.364). Cette méthode d'analyse des données offre la possibilité de mieux comprendre le phénomène étudié, ainsi que ses tenants et ses aboutissants :

> Le débat qui oppose quantitatif et qualitatif a mis l'accent sur la dynamique et la complexité du comportement humain […]. Rendre compte de la richesse et de la diversité de l'homme impose de multiplier, de conjuguer, voire d'opposer les modalités de la recherche. Cette pratique est celle de la triangulation. (Crahay, De Ketele & Paquay, 2010, p.140)

Denzin (1978) distingue quatre formes de triangulation :

1. La triangulation des données, ou l'utilisation de différentes sources de données dans une étude.

2. La triangulation du chercheur, ou l'engagement de plusieurs chercheurs pour la collecte et l'interprétation des données.

3. La triangulation théorique, ou le recours à différentes théories d'interprétation des données.

4. La triangulation méthodologique, ou l'utilisation de diverses méthodes et techniques pour l'étude d'un même phénomène.

De manière plus générale, la triangulation des données peut être définie comme le fait d'appréhender un objet de recherche d'au moins deux points de vue différents (Caillaud & Flick, 2016, p.227). Aucune méthode ne prend le dessus sur l'autre et les résultats sont considérés aux mêmes niveaux. La triangulation est, de ce fait, une stratégie alternative d'analyse des données qui repose sur l'articulation de différentes perspectives conceptuelles et méthodologiques pour analyser un plus grand nombre d'aspects d'un objet d'étude : « Triangulation is not a tool or a strategy of validation but an alternative to validation » (Flick, 1992, p. 227). Dans cette perspective, la stratégie de triangulation cherche à conférer aux données qualitatives non seulement de la validité, mais aussi de la rigueur (Flick, 1992; Denzin & Lincoln, 1998; Jodelet, 2003). De ce fait, elle garantit une interprétation plus scientifique des résultats, et la possibilité d'accéder à un niveau d'abstraction plus élevé et de dépasser le simple niveau descriptif des résultats : « triangulation is the display of multiple, refracted realities simultaneously » (Denzin & Lincoln, 2000, p.6). La métaphore de la cristallisation proposée par Richardson présente la triangulation comme étant une alternative pour la compréhension des résultats d'une étude. Selon lui, il n'est plus question de valider les résultats d'une méthode en les opposant aux données issues d'une autre méthode. Au contraire, chaque technique d'analyse renseigne sur un angle spécifique de l'objet étudié. En faisant collaborer les différentes techniques d'analyse, on obtient alors une vision plus globale de cet objet d'étude, qui, comme le cristal, évolue selon l'angle d'observation :

> Crystals are prisms that reflect externalities and refract within themselves, creating different colors, patterns, and arrays, casting

> off in different directions. What we see depends upon our angle of repose. (Richardson, 2000, p. 934)

Dans cette étude, l'analyse conjointe des données quantitatives et qualitatives doit assurer la vérification de l'hypothèse générale, mais elle doit également permettre de mesurer cet impact sur la capacité des participants à communiquer, ainsi que sur leur ressenti personnel. Il convient cependant de nous intéresser aux biais qui peuvent émaner d'une recherche et menacer la validité des résultats de celle-ci.

6.5. Biais prévisibles de l'étude

Norris propose une liste d'éléments pouvant mener à des biais lors d'une recherche scientifique. Il y inclut :

> - selection biases including the sampling of times, places, events, people, issues, questions and the balance between the dramatic and the mundane;
> - the availability and reliability of various sources or kinds of data, either in general or their availability to different researchers;
> - the affinity of researchers with certain kinds of people, designs, data, theories, concepts, explanations;
> - the ability of researchers, including their knowledge, skills, methodological strengths, capacity for imagination;
> - the value preferences and commitments of researchers and their knowledge or otherwise of these.
> - the personal qualities of researchers, including, for example, their capacity for concentration and patience; tolerance of boredom and ambiguity; their need for resolution, conclusion and certainty. (1997, p.174)

Trois catégories principales se distinguent : les biais en lien avec le chercheur, ceux qui ont trait à la population étudiée, et enfin ceux qui concernent les données.

6.5.1. Biais en lien avec le chercheur

Le chercheur, qui est un acteur prédominant de la recherche scientifique, peut involontairement induire des biais, principalement en raison de son vécu personnel. Ce point est particulièrement pertinent dans les analyses qualitatives, qui risquent d'être très subjectives (cf. 6.3). Ce type d'analyse consiste à mesurer un effet ou un ressenti, qui ne peut être chiffré, ce qui donne lieu à des interprétations. Le chercheur, s'il n'a pas pris garde d'évaluer les effets de son propre vécu sur l'interprétation des résultats, risque de les biaiser :

> In the qualitative tradition, researchers must use themselves as the instrument, attending to their own cultural assumptions as well as to the data. (Brannen, 2016, p.4)

Dans le contexte de cette recherche, le fait que l'enseignant ait été en charge de la conception des programmes étudiés, ainsi que des cours dispensés peut mener à des biais. Il a alors été important de prendre en compte ces éléments lors des différentes phases de l'étude. Tout d'abord, la conception du programme et la définition des critères et des modalités d'évaluation servent à asseoir l'objectivité des résultats, tout en empêchant l'enseignant/chercheur d'y voir une certaine négativité. Il semble peu probable que les résultats obtenus puissent être dévalorisés dans le sens où l'intégralité des protocoles appliqués a été clairement réfléchi et annoncé en amont de l'étude. De plus, comme le souligne Farrokhi et Mahmoudi-Hamidaba, le fait que le même enseignant dispense les cours à l'ensemble des groupes de l'étude peut permettre de minimiser ce type de biais :

> For example, the teacher variable can be controlled if the same teacher teaches both experimental and control groups. (2012, p.785).

Il est important de préciser que la distinction entre enseignant et chercheur a été appliquée tout au long de l'étude. En effet, l'anonymisation des différents supports permettant la collecte de données a été faite a posteriori, tout comme les analyses sur les différentes données. Les notes obtenues lors de l'évaluation finale n'ont pas été prises en compte pour l'analyse des

données, permettant ainsi la distinction entre la note académique (rôle de l'enseignant) et les données scientifiques de l'étude (rôle du chercheur).

6.5.2. Biais en lien avec la population étudiée

D'autres biais importants peuvent également émaner dans une recherche, mais cette fois, ils concernent la population étudiée, et plus précisément la manière dont l'échantillon est sélectionné. L'objectif principal de l'échantillonnage – ou de l'extraction d'une partie d'une population cible – est d'offrir une représentativité impartiale de la population étudiée. La manière dont les participants à notre étude ont été recrutés renvoie à diverses modalités d'échantillonnage, et cela peut induire des biais dans la collecte et l'analyse de données.

L'échantillonnage hétérogène, ou *Maximum Variation Sampling*, a pour objectif d'étudier un phénomène sous tous les angles d'approches possibles afin d'en obtenir une compréhension plus fine (Etikan, Abubakar Musa & Sunusi Alkassim, 2016, p.3). Dans cette méthode, les critères de sélection des participants s'étalent sur une large gamme, et inclut toutes les facettes d'un certain critère, comme par exemple le fait d'inclure dans une étude sur la langue des participants dont le niveau s'étend de très faible à très élevé, ce qui a été le cas dans cette étude. Les participants n'ont pas été sélectionnés sur le critère du niveau d'anglais, dans le but d'être représentatif de la population cible. Les étudiants de médecine français n'ont pas tous le même niveau d'anglais, ce qui peut s'expliquer par leur scolarité et par le nombre d'années d'étude de cette matière, mais aussi par leur capacité personnelle à apprendre la langue.

À l'inverse, l'échantillonnage homogène se concentre sur des participants partageant des traits similaires qui peuvent inclure l'âge, la culture, le métier ou les expériences personnelles (Etikan *et al.*, 2016, p.3). L'objectif de cette méthode d'échantillonnage est de se concentrer sur ces similarités afin d'en étudier le lien avec le sujet d'étude. Dans notre contexte, ceci

renvoie au fait que les participants appartiennent à une même communauté professionnelle et sont de la même tranche d'âge.

Ensuite, la méthode d'échantillonnage par cas-type vise à inclure des participants standardisés, dans le sens où il est considéré qu'ils sont un échantillon représentatif de la population dont ils sont extraits, et qu'ils agissent de la même manière que tous les membres de la population étudiée (Etikan *et al.*, 2016, p.3). Ceci renvoie aux habitudes de visionnage de séries télévisées des étudiants de médecine français. L'objectif de cette étude étant de mesurer l'impact des documents sur l'enseignement/apprentissage de la communication de la consultation médicale, il était important, dans un objectif de généralisation des résultats, d'envisager l'échantillon comme représentatif de la population cible, chez qui les séries télévisées présentent un intérêt.

Enfin, l'échantillonnage par convenance renvoie à l'extraction de membres d'une population cible qui présentent des critères pragmatiques tels que l'accessibilité, la proximité géographique, la disponibilité ou la volonté de participer à l'étude (Etikan *et al.*, 2016, p.2). Cette méthode d'échantillonnage peut se révéler utile dans un contexte d'étude universitaire, si tant est que les sujets d'étude sont les étudiants : « captive audiences such as students in the researchers' own institution are prime examples of convenience sampling » (Farrokhi & Mahmoudi-Hamidabad, 2012, p.785). De ce fait, il est fort probable que cette méthode d'échantillonnage engendre des biais. En effet, les participants ne sont pas nécessairement représentatifs de la population cible, puisque les critères de sélection ne sont pas scientifiquement établis. De plus, la proximité entre le chercheur universitaire et les étudiants peut renvoyer aux biais présentés précédemment. Toutefois, le fait que les participants à l'étude s'inscrivent au module Consultation sur la base du volontariat, sans connaître le nom de l'enseignant et sans savoir qu'ils participent à une recherche peut réduire ce biais. Ceci renvoie à l'échantillonnage par convenance, qui même s'il peut entraîner de nombreux biais dans une étude, se révèle avoir un aspect très pragmatique pour le chercheur en milieu universitaire :

> Audiences such as students in the researchers' own institution are prime examples of convenience sampling. (Farrokhi & Mahmoudi-Hamidabad, 2012, p.785)

L'ensemble de ces méthodes d'échantillonnage se révèle fructueuse si l'on considère que ce panachage assure une représentation objective de la population cible étudiée. Nous nous sommes appuyés sur cet échantillonnage dans cette étude, afin d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible. De plus, un hétéroclisme de la population étudiée peut favoriser la généralisation des résultats à l'ensemble de la population cible : « Convenience sampling methods place primary emphasis on generalizability » (Etikan *et al.*, 2016, p.4).

6.5.3. Biais en lien avec la collecte et l'analyse des données

Pour finir, les biais liés aux résultats nécessitent également d'être discutés, puisque la méthodologie suivie pour les analyser peut en faire ressurgir. La collecte, puis l'analyse de données, est un élément essentiel de toute recherche scientifique car ce sont elles qui vont permettre de répondre aux objectifs de l'étude :

> Data gathering is crucial in research, as the data is meant to contribute to a better understanding of a theoretical framework. (Etikan, *et al.*, 2016, p.2)

Il est alors nécessaire d'assurer la qualité, ainsi que la fiabilité des données, tout en considérant les biais éventuels, afin que ceux-ci ne puissent venir nuire au bien-fondé scientifique de la recherche :

> Reliability and validity are important and if generalizations are to be made, it seems reasonable to think of a way for accounting for the presence of outliers and defining similarity in precise terms. (Farrokhi & Mahmoudi-Hamidabad, 2012, p.784)

Les biais potentiellement existants en lien avec les divers protocoles ont jusque-là été pointés, et le spectre de champs d'investigation correspondant aux objectifs de cette étude a été clairement défini, de sorte que les données

collectées puissent être utilisées dans le but de répondre à ces objectifs, tout en proposant une éventuelle généralisation des résultats :

> Decisions must be made as to whether and how to set limits on the scope or focus of the investigation which may confuse the interpretation of results. (*Ibid.*, p.785)

Cependant, afin d'assurer une réponse scientifique fiable à une recherche, deux types de validité des résultats sont à prendre en compte. Tout d'abord, la validité interne, qui correspond à l'élimination des biais potentiels afin de garantir la fiabilité des résultats :

> Internal validity refers to the reliability or accuracy of the study results. A study's internal validity reflects the author's and reviewer's confidence that study design, implementation, and data analysis have minimized or eliminated bias and that the findings are representative of the true association between exposure and outcome. (Pannucci & Wilkins, 2010, p.624)

Ceci permet de valoriser les résultats en mettant en lumière le lien entre la mise en place et le déroulement de l'étude, et les conclusions de celle-ci. Ces conclusions apportent un éclairage aux questions de recherche soulevées par la problématique de départ, et c'est l'élimination des biais potentiels qui en garantit le caractère scientifique. Dans un deuxième temps, la validité externe de la conception de l'étude renvoie au degré selon lesquels les résultats d'une étude peuvent être généralisés à d'autres groupes ou à d'autres populations (Pannucci & Wilkins, 2010, p.624). Dans le cadre de cette étude, cela reviendrait à envisager la possibilité d'utiliser les séries télévisées comme support pédagogique pour d'autres parcours de formations médicales et paramédicales, mais aussi dans d'autres institutions universitaires.

Synthèse

L'ensemble des données de l'étude donne lieu à deux types d'analyse, à savoir les analyses quantitatives, qui visent à chiffrer des données afin d'en asseoir le caractère scientifique grâce au recours aux statistiques, et les analyses qualitatives, dont le but est de mieux envisager le ressenti des

participants à l'étude. Toutefois, la nécessité d'analyser ces deux types de résultats, non pas de manière individuelle mais conjointe, renvoie à la cristallisation des résultats, qui offre une approche plus globale et complète de l'ensemble des données obtenues. Toute étude scientifique se doit de mettre en place et de respecter des protocoles afin d'éviter les biais qui pourraient mener à l'invalidation des résultats. En effet, toute démarche scientifique peut être affectée par des biais émanant du chercheur, de la population étudiée ou encore de la manière de collecter puis d'analyser les résultats. Il était alors essentiel d'éclaircir ces biais, afin de tous les envisager avant l'étape d'analyse, dans le but de rendre cette étude la plus scientifiquement fondée possible.

CHAPITRE 7
INSTRUMENTS DE L'EXPÉRIMENTATION

Dans le cadre de cette recherche, diverses données ont été collectées dans le but de répondre à notre hypothèse de départ. Afin d'y répondre de manière exhaustive, nous avons dégagé trois critères de jugement qui sont l'acquisition, l'utilisation et la mémorisation du lexique, la compétence communicationnelle et le ressenti des participants. De ce fait, nous avons créé des instruments visant à collecter des données pour mesurer ces axes. Dans ce chapitre, nous nous attacherons à présenter la méthode suivie pour créer ces instruments, ainsi que les objectifs de ceux-ci. Dans un premier temps, nous introduirons notre premier outil qui est le pré- et post-test visant à mesurer l'acquisition lexicale des participants. Dans un second temps, nous définirons la manière dont le protocole d'évaluation des participants a été conçu, puis nous expliquerons les techniques utilisées pour analyser les données de cet outil. Enfin, dans un troisième temps, les questionnaires concernant le ressenti des participants seront introduits et détaillés.

7.1. Pré- et post-test : évaluation de l'état des connaissances linguistiques en anglais médical

Les participants aux trois programmes de l'étude ont été soumis au même questionnaire lors du TD1 et du TD12 (Annexe 8). Ce test avait pour but de mettre en lumière les connaissances linguistiques en anglais médical de chaque étudiant, et ils n'ont pas été informés du fait qu'ils auraient à le compléter deux fois. L'objectif de donner le même test au début et à la fin du semestre, sans en avertir les étudiants, était de de mesurer la progression ou l'éventuelle régression des connaissances linguistiques des étudiants. Pour cela, lors de l'analyse, seul le nombre de réponses correctes dans chaque test est comptabilisé, puis les données sont comparées entre elles. De ce fait, ce test n'a pas été effectué de manière anonyme afin de pouvoir comparer les résultats individuellement, et les consignes ont été les mêmes lors des deux sessions : les étudiants avaient 10 minutes pour terminer les sept exercices contenus dans ce test.

Ces exercices, très sommaires, sont extraits du manuel de Riley (1995) et évaluent les connaissances et compétences suivantes : le lexique médical spécialisé et non spécialisé (exercices 1, 2, 3, 4 et 5 ; Illustration 18), le questionnement (exercice 6 ; Illustration 19) et les connaissances médicales propres à l'examen physique (exercice 7 ; Illustration 20).

1/Where is this body part located?

	ARM	HAND	LEG	FOOT	TORSO	HEAD
Calf						
Chin						
Navel						
Sole						

2/Explain the following acronyms

A&E		OTC		STI	

3/Find the odd one out

aching	bleeding	nagging	throbbing
hand	kidney	spleen	liver
improve	get better	recover	relapse

4/Find the word that connects the four from the list
transplant + rate + failure + disease =
clot + sugar + donor + pressure =

5/Match medical terms from column 1 with words or definitions from column 2

				ANSWERS
1	Dyspnea	A	Muscle pain	1 =
2	Edema	B	Numbness	2 =
3	Myalgia	C	Shortness of breath	3 =
4	Paresthesia	D	Swelling	4 =

Illustration 18 : Exercices focalisés sur le lexique médical spécialisé et courant issus du questionnaire 6 (Annexe 8)

6/Fill in the dialogue using only questions
D: _____?
P: the pain is right here.
D: _____?
P: it's a sharp, stabbing pain. It's like a knife.
D: _____?
P: if I take a deep breath or I cough, it's really bad.
D: _____?
P: for about 25 years.
D: _____?
P: almost two packs a day.
D: _____?
P: no, I am not a drug user!

Illustration 19 : Exercice centré sur le questionnement issu du questionnaire 6 (Annexe 8)

7/Look at the patient's vital signs below and answer the questions

T	P	RR	BP
39.1	92	20	160/80

T = P= RR= BP=
The unit of measurement for P is:
The unit of measurement for RR is:
The correct way to read BP is:
- ☐ One hundred and sixty out of eighty
- ☐ One sixty over eighty
- ☐ Sixteen eight

Illustration 20 : Exercice sur les connaissances de l'examen physique issu du questionnaire 6 (Annexe 8)

7.1.1. Pertinence lexicale du pré-/post-test

Afin d'évaluer la pertinence du lexique de ce test, les mots contenus dans celui-ci ont été comparés à ceux contenus dans les WL des trois programmes d'enseignement (cf. 5.4.2.2) (Tableau 30). Pour cela, une WL PRE-/POST-TEST a été créée (Annexe 22), puis les données de celles-ci ont été confrontées aux WL des trois programmes. Au regard des résultats, il apparaît que les types du pré- et post-test apparaissent dans chaque programme de manière équivalente.

	Cooccurrences entre la WL PROG et la WL PRE-/POST-TEST (n= 103)
WL PROG 1	78
WL PROG 2	78
WL PROG 3	78

Tableau 30 : Nombre de cooccurrences entre les WL des trois programmes et la WL PRE-/POST-TEST

Par la suite, une recherche sur la fréquence de présence de ces types dans les documents de chaque programme a été entreprise, afin d'éviter un déséquilibre entre les groupes (Tableau 31).

PRÉ-/POST-TEST	P1	P2	P3	PRÉ-/POST-TEST	P1	P2	P3
calf	1	1	1	transplant			
chin	1	1	1	rate	2	5	6
navel			1	failure	2	4	3
sole	2	1	1	disease	6	4	5
A&E				clot	1	1	1
OTC		1	1	sugar	4	3	3
STI	2	2	2	donor	1	1	1
aching		3	2	pressure	6	2	4
bleeding	2	2	2	dyspn(o)ea	2	2	2
nagging	2	2	2	(o)edema	1	1	1
throbbing	3	3	2	myalgia			
hand	2	6	5	par(a)esthesia			
kidney	1		7	muscle pain	1	2	1
spleen	2	2	2	numbness	4	5	4
liver	2	3	4	shortness of breath	2	1	1
improve				swelling	6	5	7
get better							
recover							
relapse							

Tableau 31 : Fréquence d'exposition aux types du pré- et post-test pour chaque programme d'enseignement

Ainsi, les analyses comparatives menées sur les données permettront de vérifier l'écart de connaissances entre le début et la fin de l'étude, au niveau de chaque groupe, et au niveau individuel. Cela nous amènera à vérifier s'il existe une suprématie de l'un des types de documents pour l'acquisition et la mémorisation du lexique. Également, ces données nous conduiront à vérifier s'il existe une corrélation entre la fréquence d'exposition et la capacité à réinvestir le lexique.

7.2. Données de l'évaluation finale

À la fin de la période d'enseignement, les étudiants sont évalués par le biais d'un examen oral au cours duquel ils doivent mener une consultation complète (cf. 5.1.3). Pendant l'évaluation orale, la conversation a été enregistrée afin d'en analyser le contenu. Afin de gagner du temps, un simple consentement oral a été demandé à chaque étudiant en début d'épreuve, et aucun ne s'y est opposé. Le

contenu de ces enregistrements a ensuite été retranscrit (Annexe 13) puisque « toute analyse linguistique de productions orales est impossible à partir de la seule source sonore » (Dister & Simon, 2007, n.p.). Cependant, une transcription écrite d'une conversation orale ne peut en être que le reflet : « la transcription reste une *image* de l'oral, aussi fidèle que possible mais intrinsèquement imparfaite » (Cicurel, 2014, p.322). Il est pourtant nécessaire de se prêter à cet exercice pour quiconque souhaite analyser le contenu linguistique des conversations retranscrites :

> Il est clair à ce point que la transcription n'est que la trace du résultat d'une élocution; une trace concrète, tangible, dans laquelle observer des phénomènes, réfléchir, étudier l'oral. (Falbo, 2007, p.32)

Ainsi, l'activité de transcription requiert la mise en place de conventions dans le but de retranscrire à l'écrit les situations orales, sans pour autant transformer le discours. Toutefois, ces conventions ne garantissent pas l'authenticité des documents sources, puisque des choix doivent être faits par le transcripteur :

> Tout choix opéré par le transcripteur – ne serait-ce que la volonté de tout noter (sons, gestes, regards, intonation, etc.) – comporte un appauvrissement de la réalité communicationnelle. (*Ibid.*, p.32)

Afin d'éviter cette perte d'authenticité, un des points essentiels de la transcription réside dans le fait de retranscrire l'intégralité du discours, sans y apporter de modification :

> Il est alors naturel de transcrire l'intégralité du dit avec toutes les "bavures" qui le caractérisent : la nécessité d'accompagner le texte transcrit de sa dimension orale est ressentie par le chercheur comme une conditio [sic] sine qua non à toute analyse. (*Ibid.*, p.32)

Pourtant, ce travail de transcription complète de la conversation orale nécessite une réflexion sur les conventions à adopter afin de garantir un travail efficace et utilisable par la suite. Les protocoles de transcription comptent généralement les points suivants : la prononciation et l'intonation, la ponctuation, les tours de parole et les chevauchements, et l'orthographe (André, Benzitoun, Canut, Dabaisieux, Gaiffe, & Jacquey, 2010 ; Dister & Simon, 2007).

Dans le cadre de cette recherche, les transcriptions des consultations sont utilisées pour mesurer l'acquisition, l'utilisation et la mémorisation du lexique, ainsi que la compétence communicationnelle des étudiants. En ce sens, l'analyse porte plus particulièrement sur le lexique et les expressions énoncés par les étudiants. Chaque document sonore enregistré pendant l'évaluation finale a été anonymisé par un numéro allant de 1 à 95. Ensuite, l'intégralité des paroles émises par les étudiants et par l'enseignant a été retranscrite, et l'orthographe américaine a été choisie pour son utilisation plus simple (par exemple, *glycemia* au lieu de *glycaemia* en anglais britannique). Lorsque les étudiants commettent une erreur de prononciation, le mot est écrit avec la bonne orthographe, sans autre indication :

> Lorsque la prononciation effective est très éloignée de la prononciation standard, la possibilité est laissée au transcripteur d'ajouter à la transcription orthographique une transcription phonétique entre crochets. (Dister & Simon, 2007, n.p.)

La ponctuation appliquée à la transcription signale deux éléments : les pauses et l'intonation : « la ponctuation, si on la met trop tôt, préjuge de l'analyse syntaxique et impose un découpage sur lequel il est difficile de revenir » (Blanche-Benveniste & Jeanjean, 1987, p.139). La ponctuation « suggèr[e] une analyse avant de l'avoir faite » (*Ibid.*, p.142) ; ainsi, les signes de ponctuation utilisés en fin de phrase sont les suivants :

.	intonation descendante
?	intonation montante
!	intonation exclamative

En ce qui concerne les pauses, deux signes de ponctuation sont utilisés, afin de rendre compte de leur durée :

,	pause courte
…	pause longue

> C'est pourquoi la plupart des systèmes de transcription s'accordent à reconnaitre deux ou trois degrés de « pauses », étant entendu qu'il ne s'agit pas nécessairement de pauses silences (rendues par un silence acoustique mesurable) mais bien d'une perception subjective de segmentation, laquelle peut être rendue par une pause, par un allongement vocalique, par un contour intonatif, voire par la

> présence d'une frontière syntaxique qui influence le découpage du discours. (Dister & Simon, 2007, n.p.)

Enfin, les tours de parole sont signalés simplement à l'aide de l'abréviation de *doctor* et *patient* :

P :	*patient* →enseignant
D :	*doctor* → étudiant

L'indication de l'alternance des tours de parole vise à simplifier la lecture de la retranscription : « On donne alors au tour de parole un statut non pas théorique mais purement graphique, qui devient dans la transcription une unité visuelle par défaut » (Dister & Simon, 2007, n.p.). L'utilisation de signes simples pour le repérage des différents interlocuteurs facilite la sélection de ces éléments de discours dans le but de les analyser :

> Définir le tour de parole de façon « neutre » revient à l'envisager de la sorte : un tour de parole correspond à l'occupation matérielle du canal de parole par un locuteur ; le tour de parole s'achève lorsqu'un nouveau locuteur prend la parole à son tour. (*Ibid.*, n.p.)

7.2.1. Analyse des données portant sur le lexique dans les transcriptions des productions orales

Les transcriptions de l'évaluation finale permettent, dans un premier temps, de quantifier l'utilisation, par les étudiants, du lexique médical en situation de consultation médicale. Deux corpus ont été créés à partir des transcriptions des évaluations finales des étudiants. Dans le but d'analyser les données de ces WL, seuls les énoncés des étudiants ont été conservés. La transcription des consultations est passée dans le logiciel *AntConc*, qui génère des listes de mots par fréquence d'utilisation, permettant ainsi l'obtention de données chiffrées (Illustration 21). Ces données chiffrées sont ensuite analysées de manière inférentielle, dans le but de mesurer la significativité des résultats obtenus.

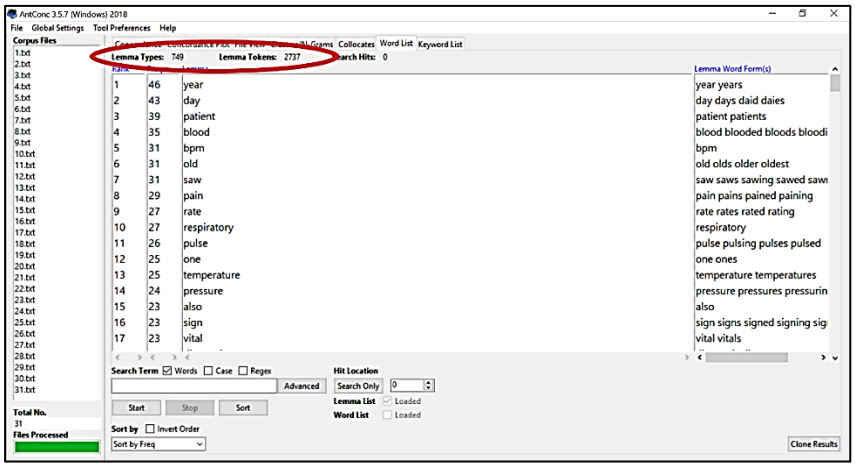


Illustration 21 : Capture d'écran *AntConc* présentant un exemple de liste de fréquence des mots employés par un étudiant lors de l'évaluation finale

Le premier corpus regroupe les productions orales des étudiants de manière individuelle, et est nommé PROD ORALE. Pour cela, le numéro d'anonymat attribué à chaque participant est utilisé, allant de 1 à 31 pour les étudiants du P1, de 32 à 64 pour les étudiants du P2 et de 65 à 95 pour les étudiants du P3. Ce corpus compte au total 98 WL : une par participant, soit 95 WL nommées WL PROD ORALE suivi du numéro d'anonymat, et une regroupant l'intégralité des participants de chaque programme, soit trois WL nommées WL PROD ORALE P1, WL PROD ORALE P2 et WL PROD ORALE P3 (Figure 49, Annexe 19). Ces dernières indiquent le nombre total de types contenus dans chaque WL (Tableau 32).

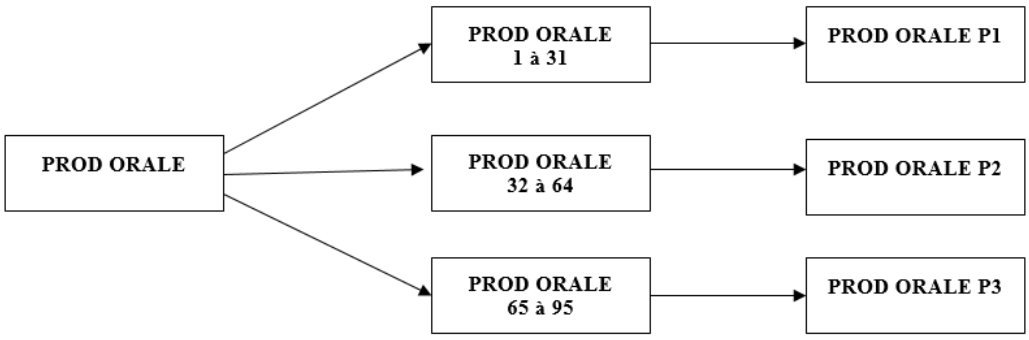


Figure 49 : Arborescence des WL du corpus Prod Orale

WL	Types
Prod Orale P1	1 151
Prod Orale P2	1 127
Prod Orale P3	1 219

Tableau 32 : Nombre de types des WL Prod Orale par programme

Le second corpus, nommé PROD ORALE CAS CLINIQ, est composé des mêmes productions orales, mais qui sont cette fois regroupées par cas clinique au sein de chaque programme. Ainsi, ce corpus contient 13 WL pour chaque programme soit un total de 36 WL, nommées PROD ORALE CAS CLINIQ P1 pour le programme 1, PROD ORALE CAS CLINIQ P2 pour le programme 2 et PROD ORALE CAS CLINIQ P3 pour le programme 3 (Figure 50, Annexe 20). Ces WL seront également utilisées pour l'analyse des données (Tableau 33).

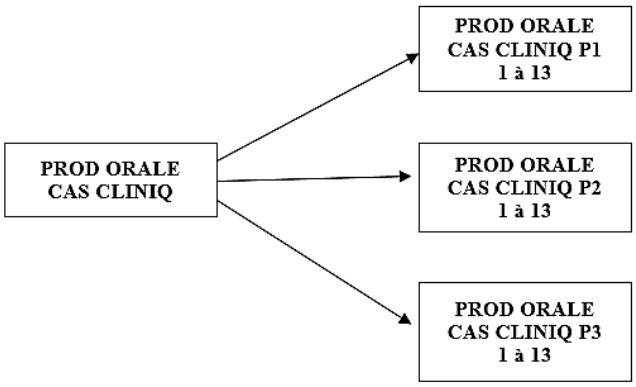


Figure 50 : Arborescence des WL Prod Orale Cas Cliniq par programme

Ces corpus vont permettre de mesurer l'utilisation, en contexte, du lexique médical par les étudiants. Pour cela, les WL PROD ORALE vont être comparées aux WL PROG afin de quantifier le nombre de types issus des documents et utilisés par les étudiants lors de l'évaluation finale. Puisque nous cherchons à comparer trois groupes, ces analyses vont nous amener à vérifier s'il existe une corrélation entre fréquence d'exposition et utilisation spontanée. Également, le fait de croiser les données des WL PROD ORALE avec celles des WL PROD ORALE CAS CLINIQ va nous conduire à vérifier si les types sont utilisés par les étudiants parce qu'ils se trouvent dans les fiches de cas clinique, ou s'ils les utilisent de manière autonome.

PROD ORALE CAS CLINIQ	Programme	Types	PROD ORALE CAS CLINIQ	Programme	Types
1	P1	275	8	P1	315
	P2	351		P2	260
	P3	287		P3	187
moyenne		304,3	moyenne		254
total WL†		544	total WL		469
2	P1	245	9	P1	292
	P2	245		P2	209
	P3	282		P3	321
moyenne		257,3	moyenne		269
total WL		441	total WL		510
3	P1	273	10	P1	217
	P2	262		P2	214
	P3	193		P3	223
moyenne		242,7	moyenne		218
total WL		442	total WL		399
4	P1	267	11	P1	206
	P2	221		P2	135
	P3	174		P3	214
moyenne		220,7	moyenne		185
total WL		400	total WL		372
5	P1	277	12	P1	210
	P2	208		P2	247
	P3	240		P3	274
moyenne		241,7	moyenne		243,7
total WL		451	total WL		450
6	P1	249	13	P1	268
	P2	159		P2	254
	P3	256		P3	266
moyenne		221,3			262,7
total WL		403			457
7	P1	165			
	P2	219			
	P3	222			
moyenne		202			
total WL		388			

† nombre de types de la WL Prod Orale Cas Cliniq combinant les productions orales des étudiants des trois programmes

Tableau 33 : Nombre de types des WL PROD ORALE CAS CLINIQ P1/P2/P3

Ces données seront complétées par celles issues d'une autre évaluation finale. En effet, un troisième corpus a été créé et nommé PROD ORALE ÉVAL+. Il correspond aux productions orales des étudiants ayant été revus en

examen plusieurs semestres après la fin du module. Au total, 11 étudiants parmi les 95 de l'étude ont été évalués une seconde fois dans des conditions proches de l'examen final du module, lors de l'examen d'anglais de fin de DFASM1 : cinq étudiants avaient suivi le P1, cinq le P2 et un le P3. Parmi eux, un participant a été évalué deux semestres après l'évaluation finale du module, huit après trois semestres, un après quatre semestres et un après cinq semestres (Tableau 34).

Les modalités d'évaluation de ce deuxième examen ne sont pas les mêmes que lors de l'évaluation finale du module mais s'en rapprochent, et permettent de mesurer la capacité des étudiants à réinvestir ce qu'ils ont appris et retenu du module consultation. Lors de l'examen final d'anglais de DFASM1, les étudiants passent un oral de 15 minutes au cours desquelles ils doivent mener l'interrogatoire complet du patient, sans temps de préparation et sans support écrit pour les guider. Les étudiants sont répartis entre les sept enseignants du DAM par ordre alphabétique et sont convoqués toutes les 15 minutes. Le classement par ordre alphabétique empêche de revoir l'intégralité des étudiants ayant participé à l'étude, ce qui explique le faible nombre d'étudiants inclus dans cette partie de l'étude. Cependant, afin d'évaluer leur capacité à réutiliser ce qu'ils ont appris et retenus, les cas cliniques de l'évaluation finale du module ont été utilisés. Pour des raisons d'organisation, sept étudiants ont pu être interrogés sur le même cas clinique que lors de l'évaluation finale du module, et quatre sur un cas différent (Tableau 34).

Les numéros d'anonymat des candidats attribués lors du premier passage ont également été utilisés pour cette seconde session. Ce corpus contient 11 WL, nommées PROD ORALE ÉVAL+ suivi du numéro d'anonymat du candidat (Tableau 35, Annexe 21). Ces WL seront utilisées afin de mesurer l'écart de performance des étudiants entre la première et la deuxième session.

N° ANONYMAT	P	DATE EXAMEN PASSAGE 1	DATE EXAMEN PASSAGE 2	CAS CLINIQUE	
				PASSAGE 1	PASSAGE 2
11	1	12/2016	04/2019	*Keen*	*Blacks*
22	1	12/2016	04/2018	*Smith*	*Smith*
23	1	12/2016	04/2018	*Smith*	*Smith*
25	1	12/2016	04/2018	*Friegger*	*Friegger*
27	1	12/2016	04/2018	*Blacks*	*Blacks*
39	2	04/2017	04/2019	*Taub*	*Friegger*
53	2	04/2017	04/2018	*Bento*	*Bento*
54	2	12/2016	04/2018	*Friegger*	*Smith*
56	2	12/2016	04/2018	*Friegger*	*Friegger*
57	2	12/2016	04/2018	*Friegger*	*Friegger*
69	3	12/2017	04/2019	*Cross*	*Smith*

Tableau 34 : Participants à l'étude réévalués après plusieurs semestres

PROD ORALE ÉVAL+	Types
11	94
22	56
23	53
25	83
27	85
39	56
53	77
54	77
56	59
57	94
69	64
total WL Prod Orale Éval +	351

Tableau 35 : Nombre de types dans les WL du PROD ORALE ÉVAL+

Toutefois, les données quantitatives et les analyses statistiques de l'étude ne garantissent pas une réponse globale à l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de séries télévisées impacte l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale. Il convient alors de compléter l'analyse portant sur le lexique avec celles portant sur la compétence communicationnelle.

7.2.2. Évaluation de la compétence communicationnelle : conception de la grille d'évaluation

La communication est un concept complexe, ce qui la rend difficile à évaluer. Lors d'un examen oral, certains examinateurs auront tendance à valoriser la

correction linguistique, d'autres la capacité à prendre en compte l'interlocuteur, d'autres encore préféreront se concentrer sur la communication non-verbale et le savoir-être. Dans le cadre de cette étude, il a été décidé d'évaluer à la fois la langue et la manière de communiquer du médecin, en respectant les codes définis dans la première partie. Il semblait difficile d'évaluer la communication non-verbale dans cette situation. En effet, les étudiants qui passent cet examen sont stressés, ce qui peut modifier leur comportement et nuire à la maîtrise de leurs émotions.

La grille d'évaluation qui a été créée et utilisée pour l'évaluation des étudiants (Annexe 12) permet de mesurer deux éléments : tout d'abord, la capacité de l'étudiant à communiquer avec le patient, et dans un deuxième temps, la correction linguistique. Les critères d'évaluation de la partie communication s'appuient sur les quatre grilles de référence issues des travaux mentionnés en 3.3.1 : *Brown Interview Checklist* (BIC) (Novack *et al.*, 1992), *Calgary–Cambridge Observation Guide* (CCOG) (Kurtz *et al*., 1998), *SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills* (Makoul, 1998), *Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist* (KEECC) (Rider, 2010) (Annexe 12). Chacune des grilles a été étudiée individuellement, puis collectivement afin de faire émerger les concepts centraux à l'évaluation de la communication médecin-patient. Douze concepts ont ainsi été repérés et quatre exemples sont présentés à titre d'illustration : l'utilisation de questions ouvertes et fermées, l'utilisation de lexique médical courant, la vérification de la compréhension du patient, ou encore le respect du patient et de ses croyances (Tableau 36).

Les descripteurs mentionnés dans les grilles de référence correspondant à chaque concept ont été recopiés dans un tableau. Le travail comparatif a permis de révéler les points communs à l'ensemble des documents (surbrillance en jaune dans le Tableau 36). Les éléments ont ensuite été repris et croisés afin de créer un item à intégrer dans la grille d'évaluation (en rouge dans le Tableau 36). Pour qu'un item soit intégré à la grille d'évaluation, le concept devait être présent dans au moins deux des quatre grilles originales.

La grille d'évaluation a ensuite été construite en quatre parties (Tableau 37) : l'ouverture de la consultation (*initiate session*), la prise d'antécédents (*identify symptoms*), les examens physiques et complémentaires (*physical and complementary exams*), et l'annonce du diagnostic accompagnée de l'explicitation du traitement (*diagnosis and treatment*). Chaque partie est elle-même divisée en items renvoyant à la capacité de l'étudiant à communiquer.

Concernant la correction linguistique, seules les erreurs qui peuvent entraver ou stopper la communication entre le médecin et son patient ont été relevées dans la partie droite de la grille d'évaluation (cf. 2.4.3). Les erreurs les plus fréquentes concernent la prononciation (accent de mot mal placé, défaut de prononciation), la grammaire (structure des questions, usage des temps), et enfin le lexique (mot qui n'existe pas, utilisation d'un terme spécialisé alors que le discours au patient préfère l'usage du lexique non spécialisé).

Cet examen a donc permis d'évaluer deux compétences de manière individuelle : la capacité à communiquer de l'étudiant dans le contexte de consultation médicale (avec les items décrits précédemment) et la correction de la langue.

CONCEPT / DOC	KEECC	BIC	CCOG	SEGUE
OPEN/CLOSED QUESTIONS Uses open/closed questions	- Begins with patient's story using open-ended questions ("Tell me about …"). - Clarifies details as necessary with more specific or "yes/no" questions.	- Starts with an open question or statement. - Focuses using open-to-closed cone: starts w/open question, then "tell me more"/ "what else" until all symptoms elicited; ends w/specific questions.	- Identifies the patient's problems or the issues that the patient wishes to address with appropriate opening question. - Uses open and closed questioning technique, appropriately moving from open to closed.	- Establish reason for visit. - Explore physical / physiological factors. - Explore psychosocial / emotional factors. - Discuss how health problem affects patient's life. - Discuss lifestyle issues / prevention strategies. - Avoid directive / leading questions.
VOCABULARY Uses concise, easily understood jargon	- Explains using words that are easy for patient to understand.	- Assesses the patient's ability to communicate.	- Uses concise, easily understood questions and comments, avoids or adequately explains jargon.	- Adapt to patient's level of understanding (e.g., avoid/explain jargon).
PATIENT UNDERSTANDING Verifies understanding	- Asssesses patient's understanding of problem. - Asks whether patient has any questions.		- Checks patient's understanding of information given.	- Encourage patient to ask questions / check understanding.
ENDING CONSULTATION Closes session: summarizing, final check	- Summarizes. - Clarifies follow-up or contact arrangements. - Acknowledges patient and closes interview.	- Asks patient if he/she has any questions or comments. - Makes appropriate follow-up arrangements.	- Summarises session briefly and clarifies plan of care. - Final check that patient agrees and is comfortable with plan.	- Ask if there is anything else patient would like to discuss. - Review next steps with patient.

Tableau 36 : Travail de croisement des données présentes dans les grilles d'évaluation de référence

INITIATE SESSION				
Greets patient Introduces self, role	0	1	2	
IDENTIFY SYMPTOMS				
Uses open/closed questions	0	1	2	
Listens, understands, repeats, clarifies	0	1	2	
Uses concise, easily understood jargon	0	1	2	
Establishes dates, sequences of events	0	1	2	
Verifies understanding	0	1	2	
PHYSICAL EXAM + COMPLEMENTARY EXAMS				
Progresses from one section to another using sign posting	0	1	2	
Gives results, explains concerns	0	1	2	
DIAGNOSIS + TREATMENT				
Provides correct amount and type of information	0	1	2	
Achieves a shared understanding, involves patient's perspective (prevention)	0	1	2	
Accepts beliefs, empathy, provide support, deals sensitively	0	1	2	
Closes session: summarizing, final check	0	1	2	

Tableau 37 : Grille d'évaluation créée pour l'évaluation sommative

7.2.3. Utilisation de la grille d'évaluation

La grille d'évaluation (Tableau 37) a été remplie pendant l'écoute de l'évaluation pour mesurer la capacité des étudiants à communiquer dans le cadre d'une consultation médicale. Pour chacun des 12 items listés dans cette grille, trois niveaux d'évaluation sont possibles : 0 (non acquis), 1 (en cours d'acquisition), 2 (acquis). Les grilles originales ne prévoient que deux niveaux (acquis, non acquis), mais il semblait cohérent de rajouter un niveau intermédiaire afin d'évaluer la capacité de communiquer des étudiants de manière positive. Au total, les étudiants obtiennent un score compris entre 0 et 24, représentatif de leur capacité à communiquer : entre 0 et 7, l'étudiant ne maîtrise pas la compétence communicative, entre 8 et 16 la communication n'est pas complètement maîtrisée, entre 17 et 24, elle l'est.

La conception de la grille offre également la possibilité d'évaluer la capacité à communiquer des étudiants en sectionnant la compétence globale en sous

compétences : débuter la consultation *initiate session* (un item), prendre les antécédents *identify symptoms* (cinq items), pratiquer l'examen physique et prescrire des examens complémentaires *physical and complementary exams* (deux items), annoncer le diagnostic et prescrire un traitement *diagnosis and treatment* (quatre items). Ce découpage mesure la maîtrise des étudiants face à chaque sous partie de la consultation (Tableau 38).

	NOMBRE D'ITEMS	non acquis	en cours	acquis
initiate session	1	0	1	2
identify symptoms	5	0-2	3-6	7-10
physical and complementary exams	2	0	1-2	3-4
diagnosis and treatment	4	0-2	3-5	6-8

Tableau 38 : Évaluation des sous-compétences communicationnelles de la consultation médicale

Il est ainsi intéressant de mesurer la compétence communicationnelle des participants à l'étude en fonction de leur groupe d'appartenance, puis de comparer les résultats entre les trois programmes. Cela nous permettra de vérifier s'il existe une corrélation entre le document étudié en classe (propre à chaque groupe) et la capacité à communiquer. Toutefois, l'analyse de cette grille n'est pas suffisante pour évaluer la compétence communicationnelle globale chez les participants de l'étude. En effet, face à la richesse des données collectées grâce aux évaluations finales, il paraît également opportun de mesurer la compétence communicationnelle des participants par le biais d'une analyse conversationnelle et discursive des productions orales.

7.2.4. Analyse des marqueurs communicatifs de la consultation médicale

Trois étapes de la consultation semblent particulièrement intéressantes pour mener une analyse conversationnelle et discursive. Il s'agit de l'interrogatoire lors duquel le questionnement passe par l'utilisation de questions ouvertes et fermées, puis l'examen physique au cours duquel le médecin donne des instructions au patient et lui demande son consentement. Enfin, l'annonce du diagnostic et du traitement amène le médecin à expliquer et à reformuler son propos dans le but d'inclure le patient dans la démarche de soins. De ce fait, nous

avons entrepris de chercher les routines présentes dans les corpus composés des documents propres à chaque programme (de Fornel & Verdier, 2018) : les scripts ont été décomposés et classés selon les trois catégories mentionnées précédemment. Notre objectif avec ces données est de comparer, par la suite, la fréquence d'exposition aux énoncés (questions, expressions) présents dans les documents avec les productions orales des étudiants. Le but sera de vérifier si le facteur d'exposition influe sur la compétence communicationnelle.

Le deuxième volet de cette analyse discursive et conversationnelle consiste en le repérage de marqueurs discursifs dans les productions orales des étudiants, afin de pouvoir comparer leur utilisation avec celle faite dans les documents propres à chaque programme. Nous avons effectué une recherche dans les scripts des documents des trois programmes en nous appuyant sur la définition de ces marqueurs (cf. 3.3.2) (Annexe 3). L'ensemble des scripts des trois programmes a été entré dans *AntConc*, puis une liste des mots les plus fréquents a été générée. Une recherche manuelle a ensuite été faite parmi les 250 mots les plus fréquents afin de trouver les marqueurs discursifs correspondant à ceux présentés en 3.3.2 (Tableau 39).

Marqueur discursif	Fréquence	Occurrences dans le P1	Occurrences dans le P2	Occurrences dans le P3
just	136	60	35	41
now	111	61	24	26
so	91	43	21	27
ok	89	56	16	17
well	87	54	16	17
right	50	29	7	14
oh	44	23	4	17
good	42	21	11	10
you know	29	14	5	10
yeah	26	10	10	6
I think	21	12	3	6
really	20	11	6	3
quite	17	13	2	2
I know	16	8	5	3
actually	15	6	3	6
great	15	5	5	5
god	10	0	3	7
kind	10	3	3	4

Tableau 39 : Fréquence et nombre d'occurrences des marqueurs discursifs dans les scripts des trois programmes

Toutefois, certains éléments de cette liste peuvent en effet être comptabilisés comme des marqueurs discursifs, mais ils peuvent également avoir d'autres fonctions dans la phrase. De ce fait, il a semblé pertinent d'affiner cette liste en excluant certaines occurrences dont les propriétés linguistiques ne sont pas celles de marqueurs discursifs (Taguchi, 2003) (Tableau 40).

just	adverbe	it's *just* gas (P3 – *Speechless* – S1E11)
now	marqueur temporel	I feel a lot better *now* (P2 – *House, M.D.* – S1E21)
so	emphase	it was *so* bad I couldn't breathe (P1 – Mr Green)
well	adverbe expression figée	I'm not sleeping very *well* (P1 – Mrs Brown) might *as well* hand out Band-aid for a severed carotid (P2/P3 – *House, M.D.* – S3E10)
right	adverbe de localization confirmation	what do you call this item *right* here? (P1/P2/P3 – MMSE) she's the redhead, *right*? (P3 – *Desperate Housewives* – S3E04)
oh	expression figée	*oh* God (P2 – *House, M.D.* – S3E17) *oh* Lord (P3 – *The Big Bang Theory* – S4E02)
good	adjectif réponse	sounds *good* (P3 – The Ranch – S1E03) Would that be ok? *good*! (P1/P2/P3 – upper limb exam)
yeah	réponse	are you kidding me? *yeah* (P2/P3 – *House, M.D.* – S1E05)
really	adverbe confirmation	this is *really* embarrassing (P1 – Miss Gynobs) Rex is dead. *Really*? (P3 – *Desperate Housewives* – 304)
great	adjectif	they're *great* (P2/P3 – 208)
I know I think you know	sujet ou complément	*I know* your face (P1 – Mr Walters) you are who *I think* you are (P1 – Mr Jones) if *you know* what I mean (P2 – *House, M.D.* – S3E06)

Tableau 40 : Marqueurs discursifs exclus de l'analyse

Une nouvelle vérification a donc été lancée dans les scripts des trois programmes afin d'obtenir le nombre exact de marqueurs discursifs présents dans ceux-ci (Tableau 41).

	Occurrences dans le P1	Occurrences dans le P2	Occurrences dans le P3
just	44	28	33
now	9	0	0
so	21	16	22
ok	56	16	17
well	48	11	15
you know	8	0	3
I know	2	0	0
right	8	0	1
oh	23	3	9
good	4	3	3
I think	3	0	0
yeah	4	3	1
really	6	5	0
quite	13	2	2
actually	6	3	6
great	1	2	2
kind	10	3	3

Tableau 41 : Fréquence d'occurrences des marqueurs discursifs dans les scripts des trois programmes

Afin d'être le plus complet possible dans notre analyse, la liste des marqueurs discursifs est complétée par l'ajout d'un autre marqueur qui est la reformulation (Famy, 2017 ; Vergely, Condamines, Fabre, Josselin-Leray, Rebeyrolle & Tanguy, 2009) :

> Le médecin identifie dans le discours de son patient une incompréhension ou une confusion en lien avec l'emploi (par le médecin) d'un terme non connu ou reconnu. Il peut également s'agir d'une situation où le patient verbalise explicitement son incompréhension. Dans ce cas, le médecin répond là aussi systématiquement en ayant recours à une reformulation de son propos. (Vergely *et al.*, 2009, n.p.)

Plusieurs manières de reformuler apparaissent dans les scripts des documents utilisés lors du module. Tout d'abord, la stratégie de reformulation la plus simple passe par la définition ou l'explicitation du terme en utilisant le verbe *mean* (Tableau 42) :

Marqueur discursif	Occurrences dans le P1	Occurrences dans le P2	Occurrences dans le P3
it means	1	2	2
which means	1	1	
this means		1	1
I mean		1	

Tableau 42 : Utilisation de *mean* pour la reformulation dans les scripts des trois programmes

Une autre stratégie consiste à développer davantage l'élément qui pose problème en utilisant un lexique plus accessible :

> D: Any relatives who've ever been diagnosed with lupus?
> P: I don't even know what that is.
> D: In simple terms, the body becomes allergic to itself. The immune system attacks healthy cells in the circulatory system and destroys them. (TD1, P2, *House, M.D.*, S1E11, *Detox*)
>
> D: LP stands for lumbar puncture. We use this needle to collect fluid from your spine. (TD8, P2, *House, M.D.*, S5E19, *Locked in)*

Toutefois, cette stratégie n'est pas représentée dans les documents du P1 ; en effet, le discours du médecin est toujours adapté au patient, et de ce fait, la reformulation n'est pas nécessaire :

> They are caused by abnormal electrical activity in your brain. This is called epilepsy. (TD9, P1, *4 diagnoses*)

Enfin, le troisième volet de cette analyse conversationnelle et discursive concerne l'étude des tours de parole (Vincent, 2001, p.183), qui cherche à dégager le fonctionnement de l'alternance dans les conversations (Traverso, 2007, p.6). Il s'agit alors de comparer la manière dont les dialogues sont construits dans les documents utilisés pour chaque programme avec celle des productions orales, contenant cette fois les propos du patient. Ces informations peuvent révéler des constructions différentes, dont les conséquences pourraient porter sur la place de chaque protagoniste, mais aussi sur la transmission du message.

Ainsi, l'analyse des routines et des marqueurs discursifs dans les productions orales des étudiants de chaque programme viendront compléter

celle des grilles d'évaluation dans le but de mesurer leur compétence communicationnelle en contexte.

7.3. Analyse du ressenti des participants à l'issue de la période d'étude

Le troisième critère de jugement que nous avons défini pour répondre à notre hypothèse de départ concerne l'impact éventuel de l'utilisation des documents sur le ressenti des participants à l'étude. Afin de collecter des données visant à répondre à ce critère, deux questionnaires ont été mis en place permettant la collecte de données quantitatives (notamment par le biais de questions utilisant l'échelle de type Likert), mais aussi de données qualitatives, lorsque les étudiants rédigent leurs réponses. L'analyse conjointe de ces deux questionnaires vise à obtenir une vue globale du ressenti des participants à l'issue de l'étude. L'intérêt est multiple puisque ces questionnaires permettent à la fois d'en apprendre davantage sur les motivations des étudiants, et sur ce qu'ils ont pensé de l'enseignement reçu. L'élaboration des questions, ainsi que l'utilisation de différentes formes (ouvertes, fermées, rédactionnelles) cherchent à mettre en évidence des liens dans les réponses. L'analyse, tout d'abord en parallèle, puis conjointe de ces deux documents doit nous éclairer sur le troisième critère de jugement de notre étude qui concerne le ressenti des participants. Il sera ainsi intéressant de vérifier si l'utilisation des documents impacte la motivation des participants, mais aussi de connaître leur point de vue sur la finalité de l'étude qui est la compétence communicationnelle lors d'une consultation médicale en anglais.

7.3.1. Questionnaire de satisfaction de fin de semestre

À la fin du semestre, il a été demandé aux étudiants de faire un bilan du module, tout d'abord par le biais d'un questionnaire de satisfaction comportant des questions ouvertes et fermées (Annexe 9). Ce questionnaire a été rempli de manière anonyme afin de ne pas influencer les réponses des étudiants (seul le niveau d'étude était demandé).

Ce questionnaire comporte trois parties : la première cherche à obtenir des informations concernant les choix et motivations des étudiants à s'inscrire au module (Illustration 22), la deuxième partie concerne leur ressenti vis-à-vis du contenu du programme (Illustration 23), et la troisième partie cherche à dresser le bilan de leur apprentissage (Illustration 24). Ce questionnaire anonyme a été administré sur papier lors du dernier TD.

Afin d'être le plus exhaustif possible, ce questionnaire s'appuie sur la méthodologie définie en 6.1.1 : il comprend des questions fermées, ouvertes et rédactionnelles, dont la difficulté lexicale et grammaticale est réduite au minimum. Deux questions s'appuient sur une échelle de type Likert ; les réponses à ces questions peuvent être détaillées item par item, mais également globalisées en associant l'intégralité des réponses obtenues à ces items. Également, puisque l'objectif de ce questionnaire est d'obtenir des données quant au ressenti des participants, il était important d'y inclure l'ensemble des facteurs en lien avec la motivation personnelle, l'enseignant et ses pratiques pédagogiques, le choix et l'utilisation des documents, et enfin les savoirs.

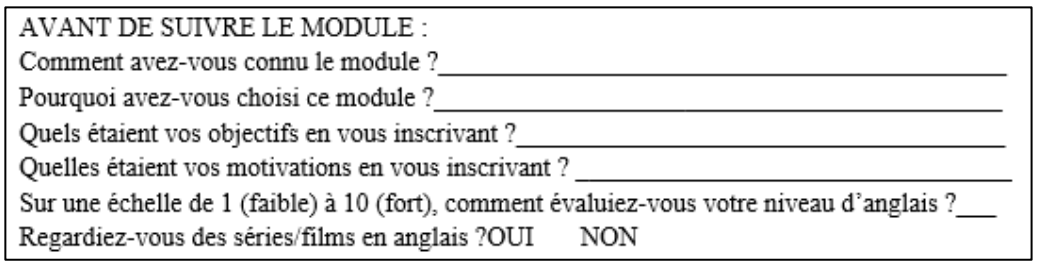

AVANT DE SUIVRE LE MODULE :
Comment avez-vous connu le module ?_____
Pourquoi avez-vous choisi ce module ?_____
Quels étaient vos objectifs en vous inscrivant ?_____
Quelles étaient vos motivations en vous inscrivant ? _____
Sur une échelle de 1 (faible) à 10 (fort), comment évaluiez-vous votre niveau d'anglais ?___
Regardiez-vous des séries/films en anglais ?OUI NON

Illustration 22 : Première partie du questionnaire 5 (Annexe 9) ciblant les motivations d'inscription des participants au module Consultation

CONCERNANT LE MODULE (1= insatisfait, 2= peu satisfait, 3= satisfait, 4= très satisfait) :

ETES-VOUS	1	2	3	4
D'un point de vue général				
Charge horaire/semaine				
Contenu des programmes				
Pédagogie de l'enseignant				
Utilisation des documents				
Examen final				

Quels sont les points positifs de ce module ?	Quels sont les points négatifs de ce module ?

Ce module vous a permis de (1 étant le plus faible et 4 le plus fort):

	1	2	3	4
Travailler/améliorer la compréhension orale				
Travailler/améliorer l'expression orale				
Travailler/améliorer votre accent				
Vous sentir plus à l'aise à l'oral				
Apprendre du vocabulaire courant				
Apprendre du vocabulaire médical				
Apprendre des expressions courantes				
Apprendre des expressions médicales				
Savoir communiquer avec des patients étrangers				
Approfondir vos connaissances médicales				

Pensez-vous que ce module vous fait suffisamment travailler ? Entourez tous vos choix

OUI, grâce à :		NON, à cause de :	
Forte motivation	Explications claires	Faible motivation	Explications confuses
Facilité en anglais	Facilité des exercices	Difficulté en anglais	Difficultés des exercices
Documents utilisés	Enseignants et méthodes	Documents utilisés	Enseignants et méthodes
Autres :		Autres :	

Illustration 23 : Deuxième partie du questionnaire 5 (Annexe 9) ciblant le ressenti des participants par rapport au contenu du programme

APRES AVOIR SUIVI CE MODULE :

Pensez-vous réutiliser ce que vous avez appris ? OUI NON

Si oui, dans le cadre de :

études stages carrière professionnelle vie personnelle

Si non, pourquoi ?_____

Sur une échelle de 1 (faible) à 10 (fort), comment évaluez-vous votre niveau d'anglais ?____

Regardez-vous des séries/films en anglais ? OUI NON

Illustration 24 : Troisième partie du questionnaire 5 (Annexe 9) ciblant le bilan des apprentissages des participants au module Consultation

7.3.2. Bilan libre

Ensuite, il était également proposé aux étudiants de dresser un bilan personnel du module, de manière anonyme, à rendre sur papier libre (Annexe 10). Ce bilan écrit a été mis en place afin de pallier la difficulté d'organiser des rendez-vous individuels ; le nombre d'étudiants étant trop important, cela aurait exigé de passer de nombreuses heures face à eux. De plus, les étudiants peuvent se sentir plus libres d'exprimer ce qu'ils pensent réellement si ce bilan est anonyme. Ce document non guidé avait pour objectif d'amener les étudiants à élaborer un jugement personnel en mentionnant les éléments qui leurs sont importants et qui ne figurent pas dans le questionnaire. Le fait de laisser le choix de compléter un tel document avait également pour principe de ne pas montrer de caractère obligatoire, enlevant ainsi la pression de l'exercice.

Synthèse

Ce chapitre nous a permis de présenter l'intégralité des instruments employés pour la collecte et l'analyse de données. Notre objectif étant de mesurer l'impact des documents utilisés en classe sur l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale, nous avons définis trois critères de jugement qui sont l'acquisition, l'utilisation et la mémorisation du lexique, la compétence communicationnelle et le ressenti des participants. Pour tenter de répondre à notre hypothèse de départ, nous avons créé et mis en place des outils de collecte de données. Ces instruments incluent le questionnaire, qui est utilisé dans deux optiques : tout d'abord pour mesurer le ressenti des participants à l'étude (questionnaires de fin de semestre), puis pour évaluer le degré de connaissance et d'acquisition du lexique (pré-/post-test). L'évaluation sommative a également plusieurs objectifs : l'acquisition, l'utilisation et la mémorisation du lexique, ainsi que la compétence communicationnelle. Les transcriptions de ces évaluations doivent permettre de collecter des données visant à évaluer ces deux critères. La compétence communicationnelle est également évaluée par le biais d'une grille d'évaluation créée à partir de

ressources issues du monde professionnel médical, dans le but de compléter les données obtenues dans les transcriptions des productions orales.

Ainsi, l'analyse des données du pré-/post-test et des productions orales permettront de répondre au critère de jugement concernant l'acquisition, l'utilisation et la mémorisation du lexique. La compétence communicationnelle sera évaluée par le biais de l'évaluation finale, en menant une analyse conversationnelle et discursive qui nous amènera à comparer les routines présentes à la fois dans les documents et dans les productions orales des étudiants. Enfin, le troisième critère de jugement concernant le ressenti des participants sera analysé par le biais des questionnaires de fin de semestre qui mêlent données quantitatives et données qualitatives.

CHAPITRE 8

MÉTHODE DE L'ÉTUDE

Ce chapitre a pour but de présenter les différents protocoles mis en place lors de l'étude. Ces protocoles ont été rédigés avant le lancement de l'expérimentation, et s'appliquent aux trois programmes d'enseignement/apprentissage. Ils répondent à la fois aux impératifs du contexte universitaire dans lequel s'est déroulée la recherche (organisation des cours, nombre d'étudiants, évaluation académique), et aux objectifs fixés par l'étude. Les protocoles de recrutement des participants seront présentés en premier lieu. Le déroulement de l'expérimentation sera ensuite détaillé.

8.1. Protocole autour des participants : recrutement, randomisation et consentement

Le module Consultation s'adresse aux étudiants de DFGSM2, DFGSM3, DFGSP2 (deuxième année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Pharmaceutiques) et de maïeutique, ainsi nous ne ferons plus référence aux

participants comme étant des étudiants de médecine, mais ils seront désormais appelés étudiants en santé.

Les étudiants s'inscrivent au module consultation par choix et le secrétariat en charge des étudiants de DFGSM de l'UFR Sciences de Santé transmet la liste à l'enseignant en charge des TD. Les étudiants sont répartis dans les différents créneaux horaires par ordre alphabétique. Toutefois, un panachage de niveaux d'études dans chaque groupe est effectué afin de ne pas créer de déséquilibre et d'être le plus représentatif possible. Il ne s'agit cependant pas d'une réelle randomisation, qui se définit comme « une méthode d'affectation ou de sélection sans utilisation d'un quelconque système. Elle est purement aléatoire. » (EUPATI, 2015, n.p.). Le nombre maximum d'étudiants autorisés par groupe est fixé à 18 par l'équipe du DAM de l'UFR Sciences de Santé afin de garantir un temps de parole correct à chaque étudiant. Chaque année, le nombre d'inscription est plus bas au deuxième semestre, ce qui explique que l'étude a dû être prolongée afin d'avoir un nombre de participants suffisant pour l'analyse des données.

Aucun étudiant n'a abandonné en cours de semestre, ce qui porte à 95 le nombre total de participants, avec 31 étudiants pour le programme 1, 33 pour le programme 2 et 31 pour le programme 3 (Tableau 43). Les groupes semblent représentatifs de la population étudiée puisqu'une majorité d'étudiants ayant participé à l'étude sont des femmes (cf. Figure 4) : elles représentent au total 78,95 % des participants, dont 80,65 % dans le P1, 78,79 % dans le P2 et 77,42 % dans le P3. Concernant leur spécialisation médicale, même si trois filières sont représentées dans notre population (médecine, pharmacie et maïeutique), la majorité sont des étudiants de médecine (80 sur les 95 participants au total, soit 84,21 %) ; parmi eux, 36 sont des DFGSM2 (37,89 %) et 44 des DFGSM3 (46,32 %). Ces chiffres sont sensiblement les mêmes au sein de chaque programme : 35,48 % de DFGSM2 et 48,39 % de DFGSM3 dans le P1 (soit 83,87 % de l'échantillon), 39,39 % de DFGSM2 et 42,43 % de DFGSM3 dans le P2 (soit 81,82 % de l'échantillon) et enfin 38,71 % de DFGSM2 et 48,39 % de DFGSM3 dans le P3 (soit 87,1 % de l'échantillon). L'objectif principal de cette étude étant de mesurer la capacité à communiquer

des étudiants de médecine dans un contexte de consultation médicale, il était essentiel que cette population soit largement représentée dans notre cohorte, ce qui est le cas.

	TOTAL		DFGSM2	DFGSM3	DFGSP2	MA
	Femmes	Hommes				
P1	31					
	25 (80,65 %)	6 (19,35 %)	11 (35,48 %)	15 (48,39 %)	1 (3,22 %)	4 (12,91 %)
P2	33					
	26 (78,79 %)	7 (21,21 %)	13 (39,39 %)	14 (42,43 %)	3 (9,09 %)	3 (9,09 %)
P3	31					
	24 (77,42 %)	7 (22,58 %)	12 (38,71 %)	15 (48,39 %)	3 (9,68 %)	1 (3,22 %)
Total	95					
	75 (78,95 %)	20 (21,05 %)	36 (37,89 %)	44 (46,32 %)	7 (7,37 %)	8 (8,42 %)
Moyenne	25	6,67	28	14,67	2,33	2,67

Tableau 43 : Nombre de participants à l'étude

Les étudiants ont été informés de leur participation à cette étude lors du premier TD qu'ils ont suivi, et il n'en a été fait un rappel que lors du dernier. Notre choix de ne pas insister sur ce point s'explique simplement par le fait que nous craignions un travail personnel plus important de leur part si nous insistions sur le caractère scientifique de notre démarche :

> Presque tous les comités [d'éthique] imposent au chercheur de faire signer des formulaires de consentement éclairé à toutes les personnes qu'il veut interviewer ou observer. Cela formalise leur relation et peut menacer le climat d'empathie si nécessaire au recueil des données. (Vassy & Keller, 2008, p.131)

Aucun étudiant n'a émis d'objection quant à sa participation à l'étude, de ce fait nous ne leur avons pas demandé de signer de consentement au moment de l'étude. Toutefois, une demande de consentement pour la conservation, l'utilisation et la publication des données a été demandée *a posteriori*. L'ensemble des 95 participants a répondu favorablement.

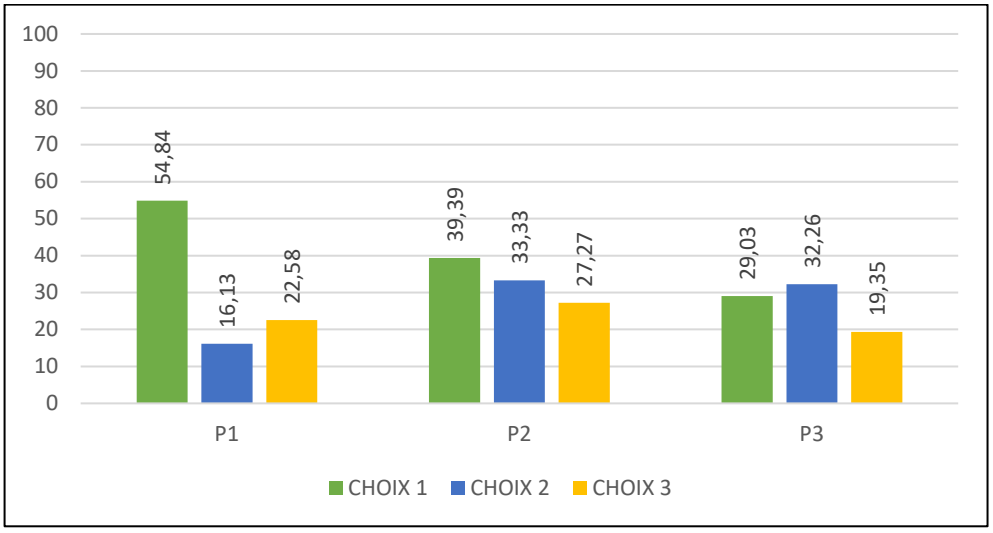
8.1.1. Choix et motivation des étudiants

La première partie du questionnaire de fin de semestre est utilisée ici pour présenter les motivations des étudiants à suivre ce module. La majorité des étudiants a connu le module soit par le biais de la réunion de présentation des modules qui se déroule chaque année au mois de juin (48,39 % pour les étudiants du P1, 42,42 % pour ceux du P2 et 51,61 % pour ceux du P3), soit par des connaissances l'ayant suivi les années précédentes (P1 : 29,03 % ; P2 : 33,33 % ; P3 : 29,03 %).

Les trois questions suivantes du questionnaire ont eu des réponses similaires : Pourquoi avez-vous choisi ce module ? Quels étaient vos objectifs en vous inscrivant ? Quelles étaient vos motivations en vous inscrivant ? Une grande variété de réponses a été obtenue, mais seules les réponses données par les trois groupes d'étudiants sont relevées ici, puisque cela indique des objectifs ou des motivations communes, malgré des degrés différents.

Afin d'expliquer leur choix quant à la sélection du module consultation, les étudiants des trois programmes expliquent vouloir progresser en anglais (choix 1), faire un stage à l'étranger (choix 2) et aimer l'anglais (choix 3) (Figure 51). Il est intéressant de noter que ces résultats indiquent des différences entre les trois groupes : les étudiants du P1 ont majoritairement choisi de suivre ce module pour une raison principale, celle de progresser, tandis que les choix des étudiants des P2 et P3 sont plus également répartis entre les trois idées relevées. En se penchant sur l'ensemble des réponses données, il faut remarquer certains points importants. En effet, les étudiants du P1 ont dressé une liste de sept choix, parmi lesquels la volonté d'apprendre davantage d'anglais médical (n=2/31) ou encore pour l'intérêt du module vis-à-vis de leur carrière professionnelle (n=2/31). Les étudiants du P2 ont également listé sept choix dont certains indiquent des différences nettes entre les étudiants puisque certains choisissent le module dans le but de maintenir leur niveau d'anglais (n=1/33), tandis que d'autres décident de le suivre pour prendre confiance à l'oral (n=2/33). Enfin, les étudiants du P3 ont suivi ce module pour 10 raisons différentes qui révèlent aussi des différences : certains le choisissent par intérêt (n=1/31), sans autre précision,

tandis que d'autres le choisissent par dépit (n=1/33), en raison d'un choix de module trop restreint. Ces différences, bien que négligeables au regard du nombre d'étudiants impliqués, doivent être gardées en mémoire afin de potentiellement venir éclairer les résultats obtenus et analysés. En effet, les participants au P1 semblent indiquer une volonté forte de travailler l'anglais pour leur pratique médicale et professionnelle, tandis que les réponses des P2 et P3 montrent une hétérogénéité soit dans le niveau d'anglais des étudiants (P2), soit dans leur motivation (P3).



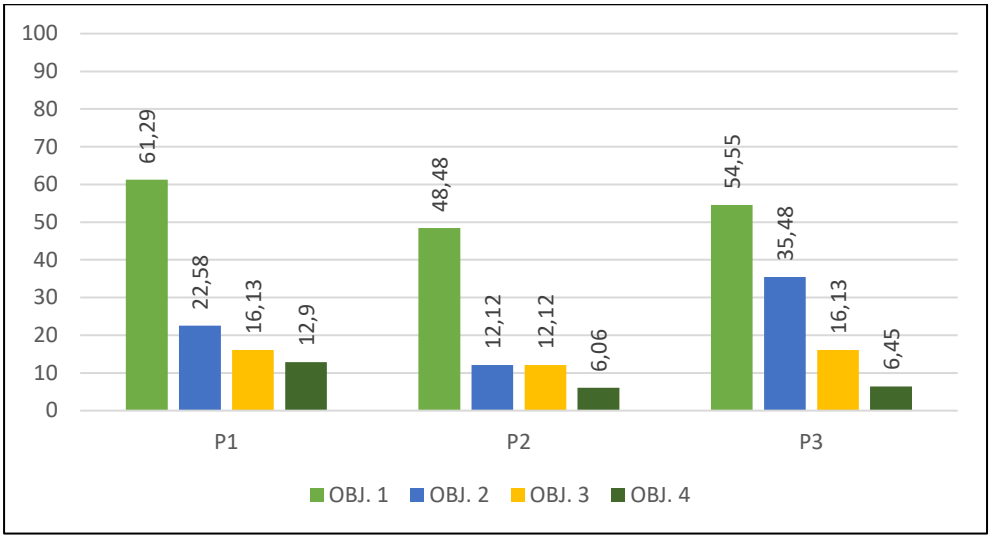
	CHOIX 1	CHOIX 2	CHOIX 3
P1 (n=31)	17	5	7
(%)	(54,84)	(16,13)	(22,58)
P2 (n=33)	13	11	9
(%)	(39,39)	(33,33)	(27,27)
P3 (n=31)	9	10	6
(%)	(29,03)	(32,26)	(19,35)
Moyenne	13	8,67	7,33
(%)	(41,09)	(27,24)	(23,07)
ET	4	3,21	1,53
(%)	(12,99)	(9,64)	(3,98)

Choix 1 : progresser en anglais
Choix 2 : aiment l'anglais
Choix 3 : faire un stage à l'étranger

Figure 51 : Choix principaux des étudiants pour suivre le module consultation

Les étudiants des trois groupes ont communément listés quatre objectifs principaux pour expliquer leur choix (Figure 52) : ils souhaitent faire des progrès en anglais (objectif 1), acquérir davantage de vocabulaire spécialisé (objectif 2), apprendre à faire une consultation en anglais (objectif 3) et pratiquer

davantage d'anglais (objectif 4). Toutefois, même si l'objectif primaire de l'ensemble de la population étudiée est de progresser, il convient de préciser que les objectifs secondaires diffèrent largement entre les groupes. Les trois objectifs secondaires sont répartis de manière assez homogène chez les étudiants des P1 et P2, ce qui n'est pas le cas chez le P3. De plus, même si ces quatre points sont mentionnés dans les trois groupes, ils ne reflètent pas nécessairement les objectifs secondaires des étudiants. En effet, l'apprentissage du lexique médical est bien l'objectif secondaire principal des étudiants des P1 et P3, mais pour les étudiants du P2, il s'agit du travail sur l'expression orale. Ces disparités entre les groupes sont importantes puisqu'elles pourraient amener un éclairage supplémentaire, ou différent, aux résultats de cette recherche.

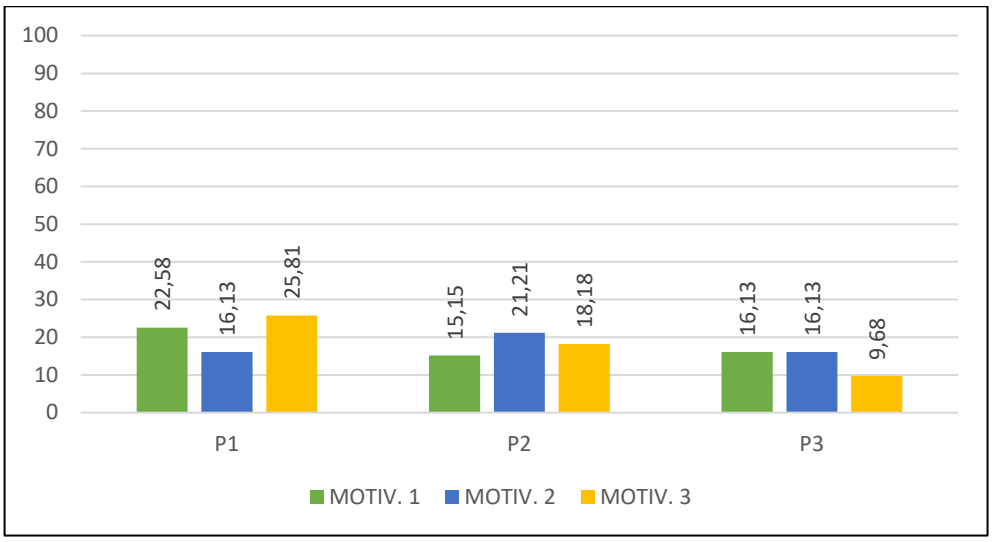


	OBJ. 1	OBJ. 2	OBJ. 3	OBJ. 4
P1 (n=31)	19	7	5	4
(%)	(61,29)	(22,58)	(16,13)	(12,90)
P2 (n=33)	16	4	4	2
(%)	(48,48)	(12,12)	(12,12)	(6,06)
P3 (n=31)	18	11	5	2
(%)	(54,55)	(35,48)	(16,13)	(6,45)
Moyenne	17,67	7,33	4,67	2,67
(%)	(54,77)	(23,39)	(14,79)	(8,47)
ET	1,53	3,51	0,58	1,15
(%)	(6,41)	(11,70)	(2,32)	(3,84)

Objectif 1 : progresser en anglais
Objectif 2 : acquérir du vocabulaire médical
Objectif 3 : faire une consultation en anglais
Objectif 4 : pratiquer davantage l'anglais

Figure 52 : Objectifs principaux des étudiants pour suivre le module consultation

Concernant leurs motivations (Figure 53), les étudiants mentionnent leur volonté de faire des progrès (motivation 1). Ils expriment également un intérêt pour leur carrière professionnelle grâce à l'opportunité de faire un stage ou de travailler à l'étranger après avoir suivi ce module (motivation 2). Enfin, le dernier point qui semble motiver les trois groupes est le fait de pratiquer davantage l'expression orale (motivation 3). Faire des progrès reste une nouvelle fois la priorité des étudiants des P1 et P2. Mais la pratique de l'oral est également une source de motivation chez les étudiants des P2 et P3. Au regard de ces trois questions et de leurs réponses, il semble que les étudiants des trois groupes soient motivés à faire des progrès en anglais et que les étudiants des P2 et P3 souhaitent particulièrement pratiquer davantage l'oral.



	MOTIV. 1	MOTIV. 2	MOTIV. 3
P1 (n=31)	7	5	8
(%)	(22,58)	(16,13)	(25,81)
P2 (n=33)	5	7	6
(%)	(15,15)	(21,21)	(18,18)
P3 (n=31)	5	5	3
(%)	(16,13)	(16,13)	(9,68)
Moyenne	5,67	5,67	5,67
(%)	(17,95)	(17,82)	(17,89)
ET	1,15	1,15	2,52
(%)	(4,04)	(2,93)	(8,07)

Motivation 1 : progresser en anglais
Motivation 2 : faire un stage à l'étranger
Motivation 3 : travailler l'expression orale

Figure 53 : Motivations principales des étudiants pour suivre le module consultation

8.2. Protocole d'expérimentation et déroulement de l'étude

L'expérimentation a été menée sur quatre semestres universitaires entre septembre 2016 et avril 2018 : les étudiants des deux groupes du P1 ont suivi le module de septembre à décembre 2016. En raison du nombre peu élevé d'étudiants inscrits, ceux du P2 ont été séparés en deux avec un premier sous-groupe de janvier à avril 2017 et le deuxième de septembre à décembre 2017 ; les étudiants du P3 ont également été divisés en deux sous-groupes, le premier a eu cours de septembre à décembre 2017 en même temps que les étudiants du deuxième groupe du P2 et le deuxième de janvier à avril 2018 (Figure 54).

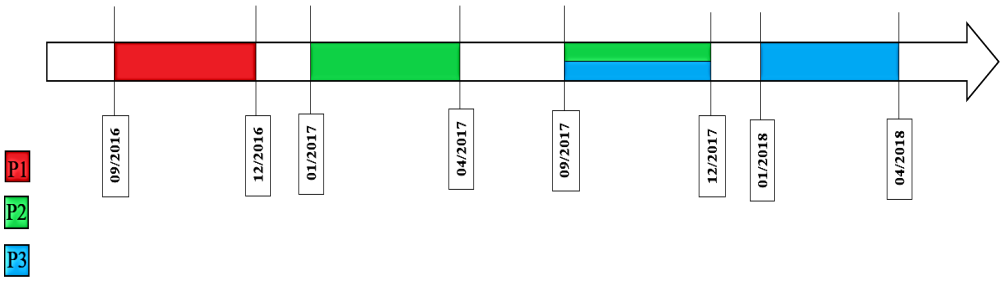


Figure 54 : Chronologie du déroulement des cours de la recherche-action

Chaque groupe a suivi le module selon les modalités suivantes : la présence aux cours est obligatoire, le module dure 24 heures à raison de 2 heures hebdomadaires le jeudi après-midi sur 12 semaines. La validation académique de ce module se fait par le biais d'un examen qui a lieu dans les 15 jours suivant la fin des cours.

À l'issue de la période d'étude (avril 2018), l'ensemble des données obtenues dans les trois programmes a été anonymisé Par la suite, les enregistrements des évaluations finales ont été retranscrits et les grilles d'évaluation ont été complétées.

8.3. Organisation des TD pour pallier certaines variables

La présente étude comporte un grand nombre de variables face auxquelles nous n'avions aucune prise. Celles-ci concernent à la fois les participants (nombre d'années d'apprentissage de l'anglais et niveau en langue, motivations à suivre le cours, travail personnel fourni), l'enseignant qui est

également le chercheur, ou encore le fait que, pour être complète, l'expérimentation a duré dans le temps. Toutefois, afin de pallier certaines de ces variables, un plan de cours minutieusement détaillé a été créé et appliqué pour chaque TD de chaque programme (Tableau 44), dans le but d'éviter les variances et s'assurer ainsi que les étudiants des trois programmes recevaient le même enseignement. Ce plan de cours, fortement répétitif, avait pour objectif de limiter les écarts et les différences entre chaque programme puisque le seul élément changeant était le document audio ou vidéo.

Étape	Contenu
1	Présentation(s) Powerpoint par un ou deux étudiants
2	Introduction à la partie de la consultation ciblée par le TD Découverte du document support commun aux trois programmes Vérification de la compréhension Travail sur le lexique spécialisé / non spécialisé Travail sur la communication propre à la situation cible
3	Écoute des documents audio et/ou vidéo Compréhension orale + restitution
4	Distribution des scripts et lecture Explication du lexique Repérage des structures ou expressions utiles à la consultation
5	Travail en binôme : mise en situation
6	Diffusion du Powerpoint de conclusion du TD
7	Choix de la présentation orale pour la semaine suivante

Tableau 44 : Descriptif du plan de cours commun à chaque TD et à chaque programme

Afin d'illustrer notre propos, nous proposons de détailler le plan de cours du TD2 *Presenting complaint*. Le TD s'ouvre sur les présentations orales des étudiants : les étudiants du P1 suivent deux présentations, une sur l'appendicite et une sur l'hypertension artérielle, ceux du P2 en suivent deux également, le diabète et le cancer colorectal, et enfin une seule présentation a lieu en P3, l'appendicite. Il est important de noter que le choix des présentations dépend des documents étudiés pendant le TD précédent, ce qui explique les différences entre les groupes. Toutefois, à la fin du semestre, les étudiants des trois programmes ont bénéficié des mêmes sujets de présentation orale.

Le TD se poursuit par la distribution du document commun aux trois programmes (cf. 5.1.2), cette fiche est lue et explicitée. Elle comporte une grande quantité de lexique, du temps est donc dédié à l'explicitation de son contenu. Les

différences entre lexique spécialisé et lexique courant sont définies (*bleeding-haemorrhage* ; *tingling-paraesthesia ; swelling-oedema* ; *shortness of breath-dyspnoea*…).

Ce travail terminé, les étudiants passent à l'écoute ou au visionnage des documents : ils disposent de trois écoutes pour compléter leur document grâce aux informations contenues dans les extraits. Deux documents sont utilisés en P1 (*Mrs Brown* et *Mr Jones*), trois extraits de *House, M.D.* en P2 et deux scènes en P3 (*Modern Family* et *The Big Bang Theory*). Un travail oral de vérification des informations comprises et relevées est ensuite effectué.

Par la suite, les étudiants reçoivent les scripts des documents étudiés afin d'en vérifier la compréhension, puis d'en extraire le lexique et les expressions qu'ils souhaitent retenir pour les utiliser dans le cadre d'une consultation (Annexe 3). Ces expressions sont relevées ci-dessous à titre d'exemple, sans nécessairement être celles choisies par les étudiants puisque ce travail se fait individuellement :

P1 – Mrs Brown

- Have you any trouble with your stomach or bowels?
- Could you tell me more about that?
- What's your appetite like?
- Any problems with your waterworks?
- Are you still having your periods regularly?
- Any pain in the chest, any palpitations, swelling of the ankles?
- What about coughs or wheezing or shortness of breath?
- Have you noticed any weakness or tingling in your limbs?
- What sort of mood have you been in recently?
- I sometimes get a bit of indigestion
- It only comes if I have a hot, something spicy, you know, like a curry
- Not bad
- When I've got a cold
- I've been feeling a bit down
- I'm not sleeping well

P1 – Mr Jones

- Could you please state your name and your birth date?
- I'm gonna just be asking you a few questions, a bit of history
- What brings you to our clinic today?
- How are you feeling generally overall?
- Are you having any fever or chills?

- Are you on any medications?
- Are you a smoker?
- For how long?
- Have you ever thought about quitting?
- I've got a cough
- I've had a cough for a while now
- It seems to be getting worse
- I'm coughing stuff up
- It seems yellowish
- I feel a bit tired all the time
- I had been taking antibiotics
- They didn't seem to do much
- I stopped taking them
- I've smoked for a long time
- Two packs a day

P2 – *House, M.D.* - S1E03 - *Occam's Razor*

- I didn't sleep well
- A scratchy throat
- I just don't feel so good
- Cough
- I have a bit of an upset stomach
- I'm running a fever
- I might be contagious

P2 – *House, M.D.* - S3E19 - *Act your Age*

- Any other symptoms?
- Any fever?
- Anything in your pee other than pee?
- My stomach hurts
- I have back pain and muscle aches
- I feel dizzy
- I have trouble concentrating

P2 – *House, M.D.* – S3E16 - *Top Secret*

- It's usually the worst on my palms and the bottom of my feet
- I get these black dots all over
- It comes and goes
- I constantly get coughs, rashes, sore throats
- My knees and hips feel like someone poured sand in my joints
- Get these weird tingling sensations in my legs
- Feels like my blood is boiling

P3 – *Modern Family* - S2E09 - *Mother Tucker*

- What are your symptoms?
- Nausea?
- Bloating?
- Do you have a fever?

P3 – *The Big Bang Theory* - S1E11 - *The Pancake Batter Anomaly*

- My sinuses hurt when I bend over
- My fever has been tracking up exponentially since 2am
- I am producing sputum at an alarming rate
- It has shifted from clear to milky green

Le temps suivant est dédié à l'entraînement en binôme (cf. 3.3.4). Les étudiants sont invités à travailler la micro-tâche du TD en s'appuyant sur les documents qu'ils viennent d'étudier. Puis, plusieurs binômes viennent ensuite jouer cette partie de la consultation devant le groupe afin qu'un retour soit fait par l'ensemble du groupe, permettant une remédiation.

Enfin, le Powerpoint de clôture du TD est montré pour rappeler aux étudiants les éléments essentiels vus pendant le TD : *Communication skills* qui reprend les points communicationnels centraux à cette partie de la consultation (dans ce TD, il s'agit du fait de poser des questions sur les symptômes, leur durée, leur localisation…), et le lexique issu des documents. Enfin, les deux sujets pour la présentation orale sont proposés : le cancer du poumon et l'hypothyroïdie pour le P1, la pneumonie et l'eczéma pour le P2, et le cancer colorectal et l'asthme pour le P3.

Ce plan de cours est reproduit pour l'intégralité des 12 TD. Ainsi, la seule variation entre les trois programmes réside dans les documents propres à chacun.

Conclusion

Cette deuxième partie avait pour objectif de présenter la méthodologie de l'étude. Celle-ci s'intéressant à l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale, le programme d'enseignement créé a été présenté. Celui-ci s'appuie principalement sur les recherches anglophones en matière de communication professionnelle médecin-patient, introduites dans la première partie de cette thèse. Notre recherche tend à mesurer l'impact éventuel des séries télévisées sur la capacité des étudiants à communiquer, ainsi trois groupes d'étudiants ont été confrontés pour tenter de répondre à notre hypothèse générale : les étudiants du P1 ont suivi un cours traditionnel, les étudiants du P2 ont travaillé exclusivement sur la série télévisée *House, M.D.*, et les étudiants du P3 ont eu un panachage de séries télévisées médicales et non médicales comme support pédagogique.

Afin de garantir la fiabilité scientifique de notre étude, et des résultats qui en découlent, un protocole a été rédigé en amont de la période d'étude, et a été décrit. Le premier point central du protocole tient en la manière dont les données ont été collectées. Les questionnaires, l'évaluation finale, et le bilan dressé par

les participants vont contribuer à répondre à l'hypothèse générale, mais également aux hypothèses secondaires.

L'évaluation sommative, telle qu'elle a été créée et mise en place, va permettre de mesurer de manière quantitative la capacité des candidats à utiliser, à mémoriser et à réinvestir les connaissances acquises au cours du module en s'appuyant sur les transcriptions des productions orales. Ces données seront complétées par celles obtenues dans le pré-/post-test.

La compétence communicationnelle va être évaluée grâce aux productions orales par le biais d'une analyse conversationnelle et discursive, mais aussi grâce à la confrontation des données de celles-ci avec les WL des trois programmes d'enseignement. La grille d'évaluation créée pour mesurer la capacité des étudiants à communiquer lors d'une consultation médicale viendra apporter de nouvelles données, et un éclairage supplémentaire.

Enfin, les questionnaires de fin de semestre serviront à apprécier le ressenti des participants sur le module qu'ils ont suivi. Cela permettra d'obtenir des éléments de réponses concernant leur motivation, mais également sur leur perception quant à leur capacité à mener une consultation en anglais.

De ce fait, les données collectées doivent être minutieusement analysées : les analyses statistiques des données quantitatives, ainsi que les analyses qualitatives, vont être croisées dans le but d'obtenir des résultats scientifiques les plus exhaustifs et les plus fiables possibles, l'objectif demeurant la réponse à notre hypothèse de départ. Les protocoles et la méthode de notre étude ayant été clairement introduits, nous allons désormais nous tourner vers l'analyse des données collectées pour l'obtention de résultats.

TROISIÈME PARTIE

RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'EXPÉRIMENTATION

Introduction

Une étude scientifique se définit comme étant « une activité entreprise par un chercheur en vue de la mise en évidence d'un fait ou d'un phénomène nouveau » (Bossali *et al*., 2015, p.23). L'objectif du module mis en place est de permettre aux étudiants en santé français d'apprendre à communiquer en anglais pour la consultation, et nous cherchons à valider l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de séries télévisées peut impacter cet apprentissage. Les différentes questions soulevées en amont de la recherche-action s'appuient sur les analyses menées dans les deux premières parties et ont été reproduites dans la Figure 55, elles sont les suivantes :

1. Si nous partons du principe que les séries télévisées font partie du quotidien des étudiants, nous sommes alors en droit d'attendre que leur utilisation en classe les impacte directement. Cependant, il semble difficile d'envisager le type d'impact qu'elles peuvent avoir sur eux.
2. En nous référant aux théories et méthodologies d'enseignement/apprentissage présentées dans la première partie, il semble que l'utilisation de séries télévisées peut favoriser l'apprentissage de la communication. Nous rappelons que la communication non verbale telle que nous l'envisageons correspond à la gestuelle et au

comportement (savoir-être) et que la communication verbale renvoie aux savoirs et aux savoir-faire.

3. Puisque les séries télévisées sont des documents audiovisuels, leur utilisation en tant que support pédagogique favorise un travail sur la compréhension orale, ce qui peut permettre aux étudiants de mieux maîtriser cette compétence.
4. Également, si l'utilisation de séries télévisées permet aux étudiants d'apprendre à communiquer verbalement, elles peuvent être à même de leur faire prendre conscience du registre lexical propre à la consultation médicale et de les aider à acquérir et à utiliser à bon escient le lexique spécialisé et le lexique non spécialisé.
5. Les scènes de séries télévisées utilisées dans les P2 et P3 sont ancrées dans le monde médical ; ainsi, elles peuvent aider les étudiants à assimiler de nouveaux savoirs.
6. Les extraits mettent en scène des professionnels de santé qui interagissent entre eux ou avec des patients ; la manière dont ils se comportent peut être analysée afin de familiariser les étudiants à la posture professionnelle à adopter dans certaines circonstances.

Ces considérations nous amènent alors aux questions de recherche qui délimitent le cadre de cette étude et pour lesquelles les données collectées vont être analysées. Puisque notre objectif est de vérifier l'impact que peut avoir l'utilisation de séries télévisées sur l'enseignement/apprentissage de la communication de la consultation médicale, nous allons en mesurer les différentes formes et répercussions. Dans un premier temps, la capacité des étudiants à mémoriser, assimiler et utiliser le lexique médical de la consultation sera évaluée en fonction du type de documents utilisés au cours du module. Dans un deuxième temps, la manière dont ces documents agissent sur la capacité des étudiants à communiquer dans la situation cible sera analysée. Dans un troisième temps, nous comparerons l'effet des différents documents sur le ressenti des étudiants.

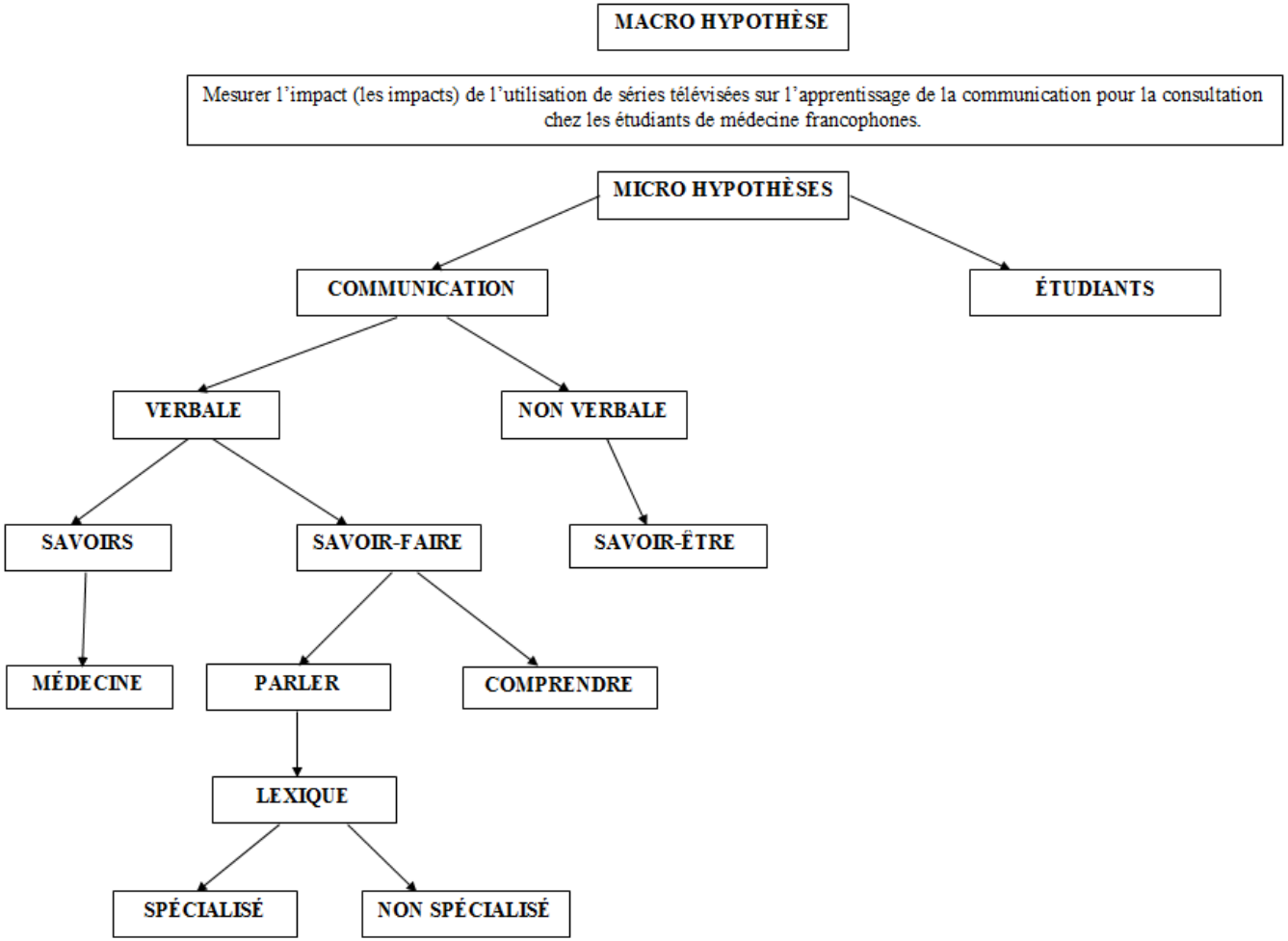


Figure 55 : Représentation des différentes hypothèses émises en amont de la recherche-action

CHAPITRE 9
IMPACTS SUR L'UTILISATION ET LA MÉMORISATION DU LEXIQUE MÉDICAL

L'objectif de ce chapitre est de mesurer la capacité des participants à mémoriser et à utiliser le lexique médical de la consultation. Pour cela, l'analyse porte sur deux éléments distincts, à savoir les données collectées dans les pré- et post-tests (cf. 7.1), ainsi que sur celles obtenues par le biais des évaluations finales (cf. 7.2.1). Dans chaque cas, les données seront d'abord présentées de manière descriptive, puis seront analysées de manière inférentielle. Ces analyses cherchent à répondre, en partie, à l'hypothèse selon laquelle l'utilisation des documents impacte la capacité des étudiants à utiliser le lexique adéquat lors d'une consultation médicale. Nous nous concentrerons d'abord sur les données obtenues lors des pré- et post-tests. Puis, nous analyserons celles issues de l'évaluation finale. Ensuite, nous travaillerons sur les données collectées, à titre exploratoire, lors des semestres suivant l'évaluation finale.

9.1. Analyse des résultats des pré- et post-tests

Les participants des trois groupes ont été soumis au même test lors du TD1 et du TD12, afin de mesurer la différence de connaissances lexicales médicales au début et à la fin de la période d'étude. Nous tenterons alors de répondre à trois hypothèses. En premier lieu, nous chercherons à vérifier si le niveau des groupes des trois programmes était similaire à l'entrée dans l'étude. Dans un deuxième temps, nous mesurerons la différence de résultats entre le pré- et le post-test au sein de chaque groupe. Dans un troisième temps, nous vérifierons si l'utilisation de séries télévisées impacte l'acquisition du lexique médical de la consultation.

9.1.1. Hypothèse 1 : niveau des étudiants à l'entrée dans l'étude

Le test utilisé comporte sept exercices qui visent à mesurer les connaissances lexicales des étudiants avant et après la période d'étude. Afin d'analyser les données collectées, les réponses correctes pour chaque exercice et chaque participant ont été comptabilisées (Annexe 8), et sont résumées dans le Tableau 45 et dans la Figure 56 : une réponse correcte donne un point à l'étudiant, une réponse fausse zéro.

	P1 (n=31)		P2 (n=33)		P3 (n=31)	
	PRÉ-	POST-	PRÉ-	POST-	PRÉ-	POST-
Total (%)	382† (42,49)	528 (58,73)	461 (39,84)	652 (56,35)	442 (49,17)	592 (65,85)
Moyenne	12,32	17,03	13,97	19,75	14,25	19,09
ET	4,30	4,35	3,91	3,61	4,93	4,58
Médiane	12	17	14	20	14	21
IC 95 %	10,74-13,90	15,43-18,63	12,58-15,35	18,48-21,04	12,44-16,06	17,41-20,77
IC 99 %	10,20-14,44	14,88-19,18	12,11-15,83	18,03-21,48	11,82-16,69	16,83-21,35

†Nombre de réponses exactes obtenues par l'ensemble du groupe

Tableau 45 : Nombre de réponses correctes des trois groupes (P1, P2, P3) aux pré- et post-tests

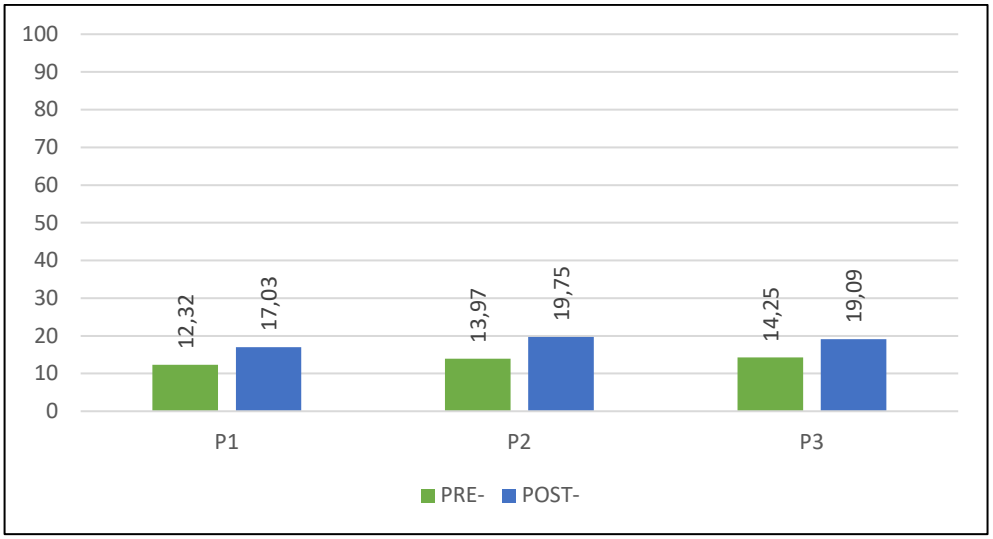


Figure 56 : Moyenne de réponses correctes des trois groupes (P1, P2, P3) pour le pré- et le post-test

Avant de pouvoir analyser ces données, il est important de vérifier que les trois groupes d'étudiants suivent une loi normale, puisque cela influence le type de tests (paramétriques ou non paramétriques) à mener pour répondre à chacune de nos hypothèses. Pour ce faire, le test de Shapiro Wilk est effectué à partir des résultats pré- et post- des trois groupes ; si la valeur *p* du test est significative, on peut alors affirmer que l'échantillon ne suit pas une loi normale. Les résultats indiquent que les trois groupes suivent une loi normale en pré-test puisque toutes les valeurs *p* sont supérieures à 0,05 (Tableau 46). Il est alors possible de réaliser des tests paramétriques concernant les données du pré-test dans les trois groupes. En revanche, cela n'est pas possible pour les données du post-test, puisque le P3 ne suit pas une loi normale ($p<0,05$).

Shapiro-Wilk *p*	PRÉ-	POST-
P1 (n=31)	0,637	0,353
P2 (n=33)	0,162	0,422
P3 (n=31)	0,203	0,001

Tableau 46 : Vérification du respect de la loi normale selon le test de Shapiro Wilk

Ceci étant établi, il est désormais possible de vérifier s'il existait, ou non, une différence de niveau entre les trois groupes au début de l'étude. Le P1 a obtenu une moyenne de 12,32, le P2 de 13,97 et le P3 de 14,25 (Figure

56). Même si le P3 a obtenu le score le plus élevé, il est nécessaire d'interroger les différences de résultats entre les trois groupes afin de vérifier si ceux-ci sont significatifs.

Pour cela, une ANOVA est faite sur les résultats des pré-tests des trois groupes (Tableau 47). L'ANOVA de Fisher montre qu'il n'y a pas de différence globale entre les niveaux des différents groupes (F (2 ; 92)=1,77 ; *p*=0,18). L'égalité des variances est également vérifiée entre les trois programmes par un test de Levene, qui stipule que les variances entre les groupes sont égales (F (2 ; 92)=0,875 ; *p*=0,42).

ANOVA de Fisher					Test d'Égalité des Variances de Levene				
	F	df1	df2	*p*		F	df1	df2	*p*
PRÉ-test	1,77	2	92	0,177	PRÉ-test	0,875	2	92	0,420

Tableau 47 : ANOVA de Fisher et de Levene sur les résultats du pré-test des trois groupes

Cette vérification nous amène ensuite à comparer les groupes grâce à un test post hoc (ou test de comparaisons multiples), qui est le test de Tukey. Celui-ci peut être utilisé pour déterminer les différences significatives entre les moyennes de groupes dans une analyse de variance. Lorsque les résultats du pré-test des trois programmes sont analysés, aucune comparaison appariée ne fait ressortir de différence significative de moyenne. Ainsi, il est possible de conclure que les trois groupes avaient un niveau comparable à leur entrée dans l'étude (Tableau 48). Ces données ayant été vérifiées, il est désormais possible d'analyser la présence, ou non, d'un effet d'apprentissage dans chaque programme en effectuant des tests appariés.

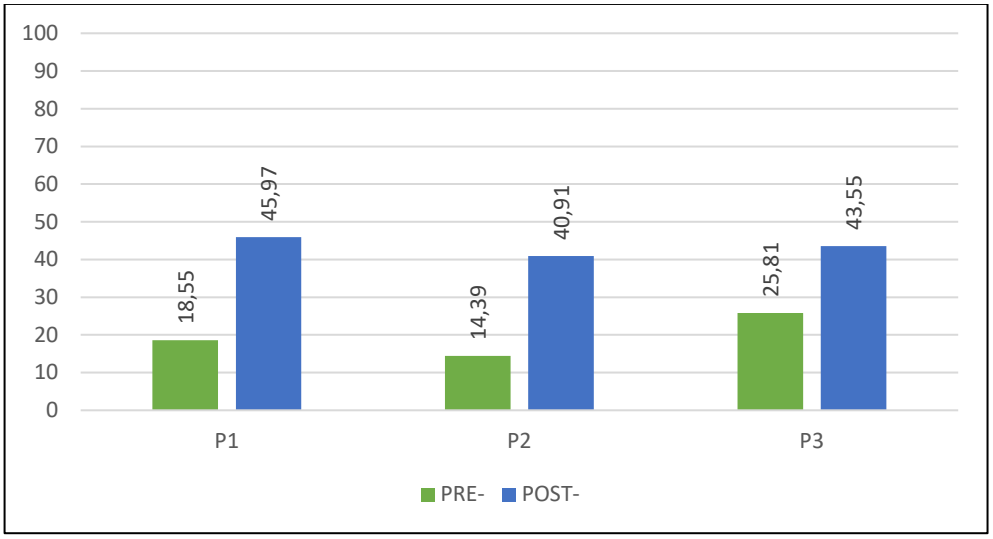
	différence moy.	*t*	df	*p*
P1 vs P2	-1,65	-1,50	92	0,295
P1 vs P3	-1,935	-1,736	92	0,197
p2 vs p3	-0,288	-0,263	92	0,963

Tableau 48 : Résultats du test de Tukey sur les résultats du pré-test des trois programmes

9.1.2. Hypothèse 2 : différence entre les résultats pré- et post-tests

Cette section cherche à mesurer les différences entre les réponses au pré-test et celles au post-test des étudiants, au sein de chaque groupe. Pour cela, seules les réponses correctes ont été comptabilisées et sont présentées, en premier lieu, à titre descriptif. Les résultats donnés indiquent le nombre de réponses correctes pour chaque groupe d'étudiants à chaque exercice.

Dans le premier exercice, les étudiants doivent localiser quatre parties du corps en cochant la case qui correspond. La différence entre les réponses pré- et post-correctes obtenues par les étudiants du P1 est de 27,42 %. Pour les étudiants du P2, elle est de 26,52 %. Enfin pour le P3, la différence s'élève à 22 % (Figure 57). Il apparaît alors qu'à l'issue du module, les étudiants des trois groupes sont plus à même de savoir où se trouve les parties du corps. Les étudiants du P1 et du P2 sont ceux qui ont le plus progressé à cet exercice, avec une différence quasi similaire.

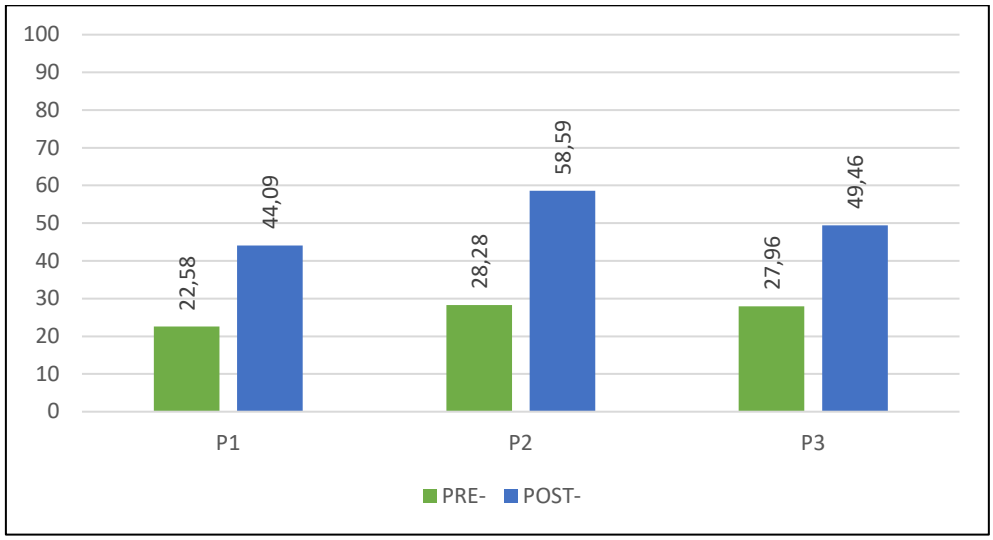


	P1 (n=31)			P2 (n=33)			P3 (n=31)		
	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF
	23	57	34	19	54	35	32	54	22
(%)	(18,55)	(45,97)	(27,42)	(14,39)	(40,91)	(26,52)	(25,81)	(43,55)	(17,74)

Figure 57 : Réponses correctes obtenues à l'exercice 1 des pré- et post-tests

Le deuxième exercice consiste à expliciter trois acronymes. Les étudiants des trois groupes ont progressé, mais ceux du P2 sont ceux qui réussissent le mieux

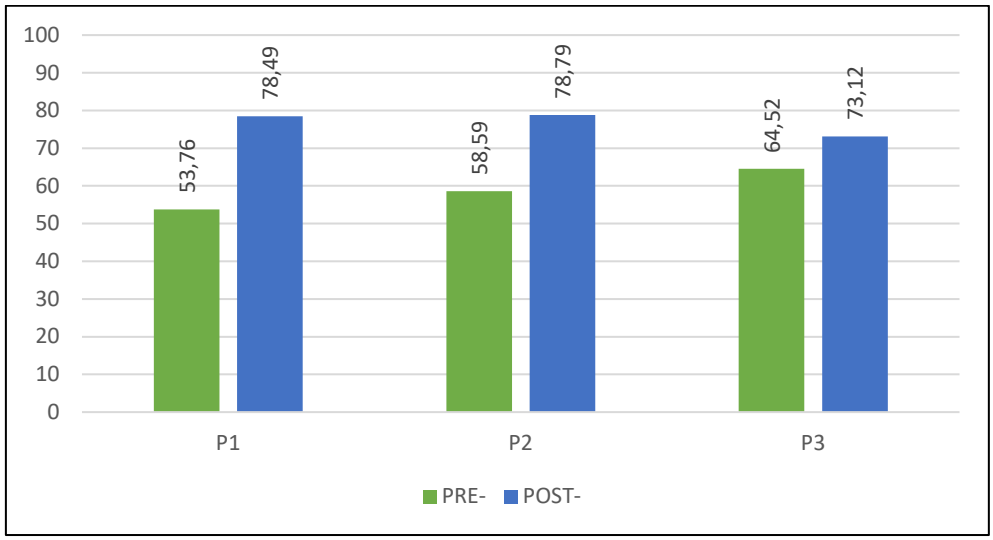
lors du post-test, même si leur niveau de connaissances lors du pré-test était similaire à celui des étudiants du P3 (Figure 58).



	P1 (n=31)			P2 (n=33)			P3 (n=31)		
	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF
	21	41	20	28	58	30	26	46	20
(%)	(22,58)	(44,09)	(21,51)	(28,28)	(58,59)	(30,31)	(27,96)	(49,46)	(49,46)

Figure 58 : Réponses correctes obtenues à l'exercice 2 des pré- et post-tests

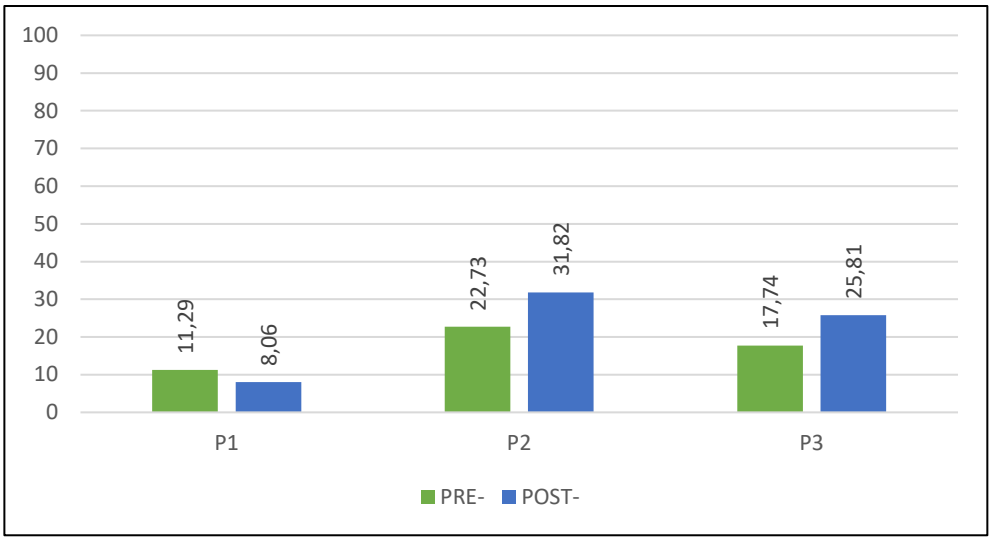
Dans l'exercice 3, les étudiants doivent trouver l'intrus dans chaque ligne. Pour cet exercice, la meilleure progression se trouve chez les étudiants du P1 (Figure 59).



	P1 (n=31)			P2 (n=33)			P3 (n=31)		
	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF
	50	73	23	58	78	20	60	68	8
(%)	(53,76)	(78,49)	(24,73)	(58,59)	(78,79)	(20,20)	(64,52)	(73,12)	(8,6)

Figure 59 : Réponses correctes obtenues à l'exercice 3 des pré- et post-tests

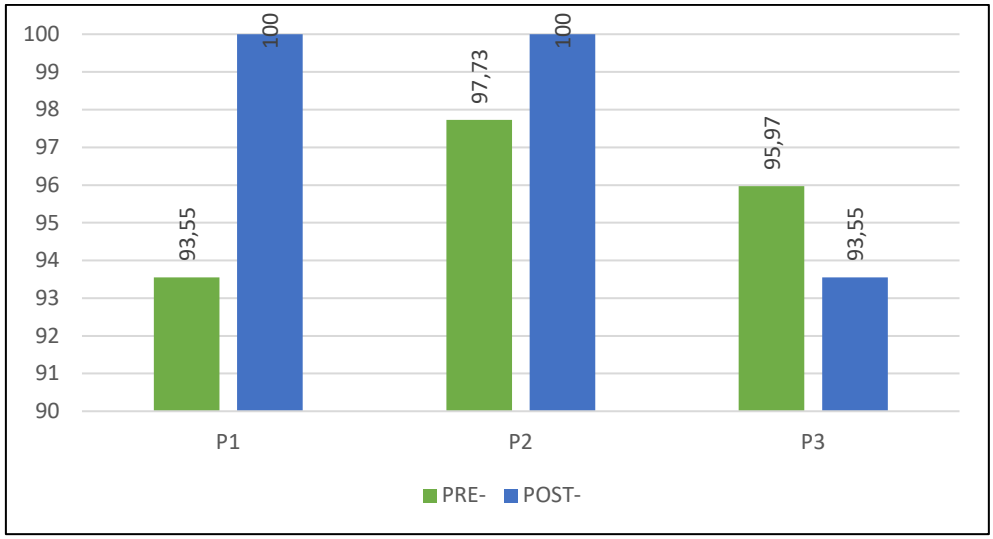
On attend des étudiants, dans le quatrième exercice, qu'ils trouvent un mot commun à partir d'une liste de quatre mots. Les étudiants du P1 ont régressé lors du post-test, tandis que les étudiants du P2 et du P3 ont progressé (Figure 60). Une nouvelle fois, ce sont les étudiants du P2 qui comptent le plus grand nombre de bonnes réponses à l'issue du post-test.



	P1 (n=31)			P2 (n=33)			P3 (n=31)		
	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF
	7	5	-2	15	21	6	11	16	5
(%)	(11,29)	(8,06)	(-3,23)	(22,73)	(31,82)	(9,09)	(17,74)	(25,81)	(8,07)

Figure 60 : Réponses correctes obtenues à l'exercice 4 des pré- et post-tests

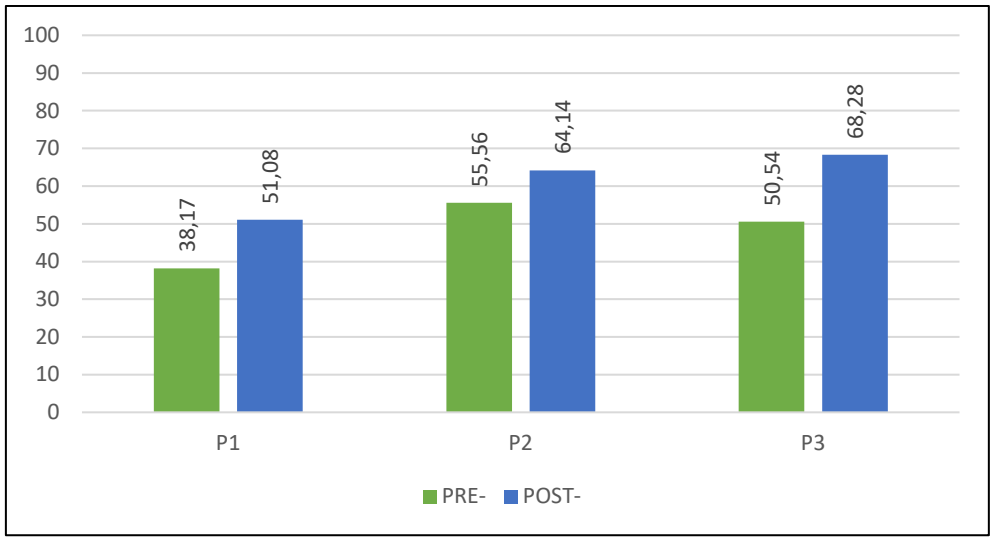
Dans l'exercice suivant, les étudiants doivent relier le terme médical au terme courant. Les étudiants du P1 et du P2 ont progressé, mais ceux du P3 ont, quant à eux, régressé (Figure 61). Les trois groupes ont très bien réussi cet exercice lors des deux phases de test, malgré la baisse du nombre de réponses correctes chez les étudiants du P3. Cette baisse ne peut toutefois pas s'expliquer par une plus faible exposition au lexique médical courant (cf. 5.4.2.2).



	P1 (n=31)			P2 (n=33)			P3 (n=31)		
	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF
	116	124	8	129	132	3	119	116	-3
(%)	(93,55)	(100)	(6,45)	(97,73)	(100)	(2,27)	(95,97)	(93,55)	(-2,42)

Figure 61 : Réponses correctes obtenues à l'exercice 5 des pré- et post-tests

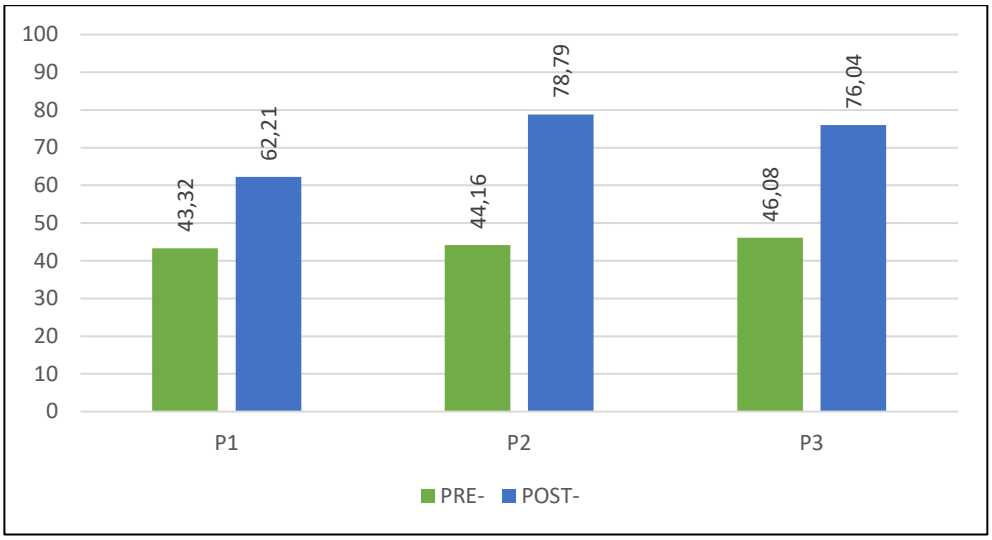
L'exercice 6 consiste à compléter un dialogue entre un médecin et un patient en ne rédigeant que les questions. Pour obtenir les résultats de cet exercice, toutes les questions qui sont grammaticalement correctes, et qui fonctionnent en face de la réponse, sont comptabilisées. Au regard des résultats, les étudiants du P3 sont ceux qui ont le mieux réussi cet exercice, suivi par les étudiants du P1 (Figure 62).



	P1 (n=31)			P2 (n=33)			P3 (n=31)		
	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF
	71	95	24	110	127	17	94	127	33
(%)	(38,17)	(51,08)	(12,91)	(55,56)	(64,14)	(8,58)	(50,54)	(68,28)	(17,74)

Figure 62 : Réponses correctes obtenues à l'exercice 6 des pré- et post-tests

Dans le dernier exercice, les étudiants doivent expliciter les acronymes correspondant aux constantes prises lors de l'examen clinique. Les étudiants des trois groupes ont progressé, et on note la meilleure progression chez les étudiants du P2 (Figure 63). Ceci peut venir du fait que les documents sur lesquels ils travaillent sont largement ancrés dans un contexte médical et proposent de nombreux exemples de ce type de données.



	P1 (n=31)			P2 (n=33)			P3 (n=31)		
	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF
	94	135	41	102	182	80	100	165	65
(%)	(43,32)	(62,21)	(18,89)	(44,16)	(78,79)	(34,63)	(46,08)	(76,04)	(29,96)

Figure 63 : Réponses correctes obtenues à l'exercice 7 des pré- et post-tests

Ainsi, les résultats indiquent une progression générale des étudiants, à part dans un exercice, pour les étudiants du P1, et dans un exercice pour ceux du P3. La moyenne des progressions entre le début du module et la fin est sensiblement la même dans les trois groupes (Tableau 49), même s'il semble que les étudiants du P2 sont ceux qui maitrisent le mieux le lexique médical à l'issue du module.

	P1 (n=31)			P2 (n=33)			P3 (n=31)		
	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF	PRÉ-	POST-	DIFF
Total	382	528	146	461	652	191	442	592	150
(%)	42,49	58,73	16,24	39,84	56,35	16,51	49,17	65,85	16,68
MOY.	12,32	17,03	4,71	13,97	19,75	5,79	14,25	19,09	4,84

Tableau 49 : Moyenne des progressions entre les résultats des pré- et post-tests

Il est cependant nécessaire de vérifier si les différences de résultats sont significatives avant de valider l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de séries télévisées permet aux étudiants d'acquérir plus de lexique médical et de mieux maîtriser son utilisation. Pour cela, le test de Student est appliqué ; il permet de déterminer si la moyenne de la différence entre deux groupes de données est proche de zéro.

Les étudiants du P1 ont augmenté leur moyenne, puisque celle-ci est passée de 12,32 à 17,03 (Tableau 49, Figure 64). Les résultats du test de Student indiquent que cette différence est significative (t=5,44 ; p<0,001 ; IC95 % [2,94-6,48]). De plus, la taille de l'effet est importante (d de Cohen=0,978) (Tableau 50).

	t	df	*p*	moyenne de l'écart	erreur standard	IC 95 %	*d* de Cohen
P1	5,44	30,0	< 0,001	4,71	0,865	2,94-6,48	0,978

Tableau 50 : Résultats du test de Student pour les pré- et post-tests du P1

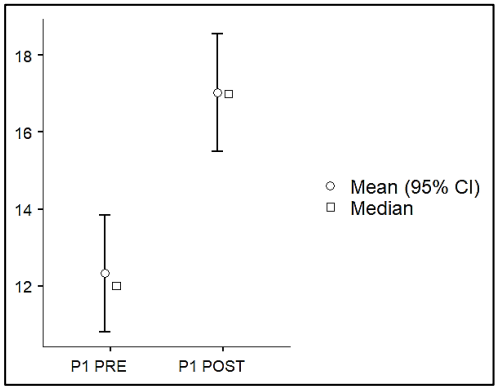


Figure 64 : Évolution de la moyenne des étudiants du P1 (boxplot)

La moyenne des étudiants du P2 a également augmenté, passant de 13,97 à 19,75 (Tableau 49, Figure 65). L'analyse indique une différence

significative (t=8,97 ; *p*<0,001 ; IC95 % [4,47-7,10]), ainsi qu'une taille de l'effet importante (*d* de Cohen=1,56) (Tableau 51).

			t	df	*p*	moyenne de l'écart	erreur standard	IC95 %	d de Cohen
P2	Student		8,97	32,0	<0,001	5,79	0,645	4,47-7,10	1,56

Tableau 51 : Résultats du test de Student pour les pré- et post-tests du P2

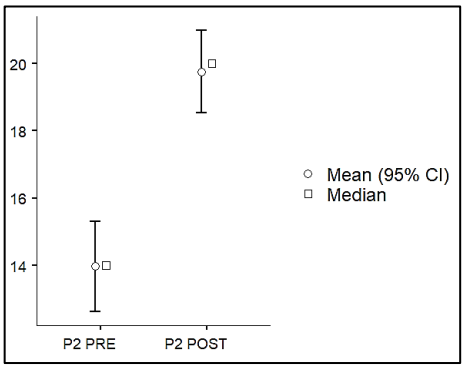


Figure 65 : Évolution de la moyenne des étudiants du P2 (boxplot)

Enfin, la moyenne des étudiants du P3 a, elle aussi, augmenté, passant de 14,25 à 19,09 (Tableau 49, Figure 66). Cependant, la distribution de ce groupe ne suivant pas une loi normale, l'analyse doit être faite *via* un test non paramétrique. Le test de Wilcoxon est alors effectué, et montre que la différence entre le pré- et le post-test est également significative pour le P3 (W=374 ; *p*<0,01 ; IC95 % [1,50-9,00]). La taille de l'effet est importante, avec *d*=0,588 (Tableau 52).

		t	*p*	moyenne de l'écart	erreur standard	IC95 %	d de Cohen
P3	Wilcoxon	374	0,004	6,00	1,48	1,50-9,00	0,588

Tableau 52 : Résultats du test de Wilcoxon pour les pré- et post-tests du P3

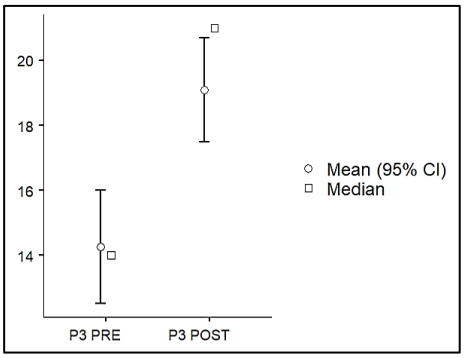


Figure 66 : Évolution de la moyenne des étudiants du P3 (boxplot)

Ainsi, au regard de ces résultats, il apparaît nettement que les étudiants des trois programmes ont amélioré leurs connaissances lexicales grâce à l'enseignement reçu. Les informations données par la taille de l'effet sont ambigües : la plus importante apparaît dans les résultats du P2 (d=1,56), et la moins importante chez les étudiants du P3 (d=0,588). On peut, de ce fait, supposer que l'utilisation de multiples séries télévisées n'est pas favorable à ce type d'enseignement/apprentissage. Toutefois, ces résultats ne permettent pas encore de valider ou de réfuter complètement l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de séries télévisées impacte l'apprentissage et l'utilisation du lexique médical, et d'autres analyses sont nécessaires.

9.1.3. Hypothèse 3 : impact des documents sur l'acquisition du lexique

Les analyses menées dans cette section cherchent à prouver s'il existe un impact de l'utilisation des documents sur l'acquisition du lexical médical de la consultation. Pour cela, la différence de score entre les pré-et post-tests de chaque groupe est utilisée (Tableau 53). Les étudiants des trois groupes ont progressé. Toutefois, les étudiants du P2 sont ceux qui semblent avoir progressé le plus, alors, il convient d'interroger ces chiffres afin de vérifier si la différence est significative.

	P1 DIFF (n=31)	P2 DIFF (n=33)	P3 DIFF (n=31)
Moyenne	4,71	5,79	4,84
Erreur std moy.	0,865	0,645	1,48
ET	4,82	3,71	8,23

Tableau 53 : Différences de scores entre le pré- et le post-test des P1, P2, P3

Une ANOVA à mesures répétées est effectuée pour vérifier s'il y a un effet d'apprentissage quel que soit le programme. Ce type d'ANOVA est une ANOVA non-paramétrique en raison du non-respect de la loi normale pour le P3, soit une ANOVA de Friedman. Ce test s'appuie sur les différences obtenues entre le pré- et le post-test des trois programmes et met en avant un effet significatif d'apprentissage sur les résultats, quel que soit le type de documents, puisque la moyenne des trois groupes du pré-test est de 13,5 et celle du post-test de 18,7 (χ^2=47,3 ; p<0,001) (Tableau 54).

	PRÉ- P1/P2/P3 (n=95)	POST- P1/P2/P3 (n=95)
Moyenne	13,5	18,7
Erreur std moy.	0,454	0,441
Médiane	13	19
ET	4,42	4,30

Khi²	df	*p*
47,3	1	<0,001

Tableau 54 : Résultats du test de Friedman pour les pré- et post-tests des trois groupes

Ainsi, tous les étudiants sont partis du même niveau, et tous ont progressé. Il convient désormais de vérifier si la différence significative dans la progression dépend des documents utilisés. Pour cela, l'ANOVA de Welch est utilisée ; il s'agit d'un test non-paramétrique puisque le P3 ne suit pas la loi normale. Ce test vérifie qu'il n'existe pas de différence significative entre les trois groupes à la fin de l'étude (F (2 ; 56) = 0,557 ; p=0,576) (Tableau 55).

ANOVA de Welch				
	F	df1	df2	*p*
DIFF	0,557	2	56,0	0,576

Tableau 55 : ANOVA de Welch sur les résultats du post-test des trois groupes

Ceci nous amène à effectuer un nouveau test de Tukey. Lorsque les résultats du post-test des trois programmes sont analysés, aucune comparaison appariée ne fait ressortir de différence significative de moyenne. De ce fait, il apparaît que les trois groupes ont un niveau similaire à l'issue de l'étude,

ce qui ne permet pas de valider l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de séries télévisées impacte l'apprentissage et l'utilisation du lexique médical (Tableau 56).

	moyenne de l'écart	*t*	df	*p*
P1 vs P2	-1,08	-0,735	92,0	0,744
P1 vs P3	-0,129	-0,0866	92,0	0,996
P2 vs P3	0,949	0,6467	92,0	0,795

Tableau 56 : Résultats du test de Tukey sur les résultats du post-test des trois programmes

Cependant, l'écart-type permet de noter une différence entre les trois groupes (Tableau 49). L'écart-type du P3 (ET=8,23) révèle que la courbe de progression des étudiants est hétérogène : certains ont plus progressé que d'autres. À l'inverse, l'écart-type du P2 (ET=3,71) indique que les étudiants, qui ont progressé, l'ont fait de manière plus homogène au sein du groupe. Ainsi, les documents utilisés dans le P2 semblent avoir un effet sur l'intégralité du groupe, et les amènent à suivre une courbe de progression homogène.

Les mesures statistiques des pré- et post-tests apportent ainsi les premiers éléments de réponse à l'hypothèse générale de cette recherche. Il est désormais possible d'affirmer que les étudiants des trois groupes avaient un niveau d'anglais similaire à leur entrée dans l'étude, que chaque groupe a progressé, et que le niveau des étudiants à l'issue de la période d'étude est similaire. Toutefois, les comparatifs entre les résultats post-tests des trois échantillons ne permettent pas de conclure que l'un des types de documents est plus performant pour l'apprentissage et la mémorisation du lexique médical de la consultation, même si les données obtenues indiquent que l'apprentissage est plus homogène chez les étudiants du P2. De ce fait, nous allons désormais analyser ces données, non plus par groupe mais par étudiant, afin de tenter de mettre en lumière un possible effet des documents sur l'acquisition et la mémorisation du lexique.

9.1.4. Analyse individuelle des résultats au pré-/post-test

Afin d'analyser les données des pré- et post-tests de manière individuelle, les réponses de chaque participant ont été entrées dans un tableur Excel en les codifiant. Si l'étudiant donne une mauvaise réponse à une question à la fois lors du pré-test et du post-test, on estime que l'apprentissage n'a pas eu lieu et la réponse est codée 0. Si l'étudiant donne une mauvaise réponse lors du pré-test, mais une bonne réponse lors du post-test, on en conclut que l'apprentissage a eu lieu, ce qui est codé 1. Enfin, si l'étudiant donne une bonne réponse lors des deux tests, il apparaît que l'étudiant connaît le terme avant et après l'étude, ce qui est codé 2 (Tableau 57).

0	pas d'apprentissage
1	apprentissage
2	renforcement

Tableau 57 : Système de codification des pré- et post-test

Les moyennes de chaque groupe, pour chaque code, confirment les résultats obtenus dans les analyses précédentes : les moyennes sont sensiblement les mêmes (Tableau 58).

	code 0	code 1	code 2
P1	6,1	3,4	5,6
P2	5,2	3,8	6,1
P3	5,7	3,5	5,8

Tableau 58 : Moyenne codifiée des apprentissages pour chaque groupe

Toutefois, si l'on observe ces chiffres de plus près, et que l'on compare les données des étudiants ayant appris plus de quatre types, il semble que les résultats des étudiants du P2 sont supérieurs à ceux des autres groupes.

	n	%
P1 (n=31)	6	19%
P2 (n=33)	12	36%
P3 (n=31)	9	29%

Tableau 59 : Nombre d'étudiants ayant appris plus de quatre types par programme

De ce fait, un test du Khi² portant sur les résultats obtenus par chaque groupe a ensuite été effectué. Ce test est utilisé pour mesurer la contingence des fréquences d'acquisition des items. Un tableau de contingence permet de

représenter les données obtenues lors d'un comptage, afin de vérifier s'il existe une dépendance entre deux variables. La valeur *p* ainsi obtenue est *p*=0,53, ce qui indique qu'il n'y a pas de différence de prolixité entre les groupes, et que les résultats obtenus ne dépendent pas du programme suivi (Tableau 60).

	code 2	code 1	code 0	TOTAL
P1	175	105	188	468
P2	200	125	173	498
P3	179	109	177	465
TOTAL	554	339	538	1431

Tableau 60 : Test du Khi² sur les résultats par code d'acquisition des trois programmes

Cette nouvelle analyse vient alors conforter les résultats obtenus dans les précédentes, puisqu'elle indique que l'effet de groupe ne masquait pas de différence au niveau individuel. Ainsi, les résultats des pré- et post-test ne permettent pas de répondre favorablement à notre hypothèse selon laquelle l'utilisation des documents influe sur la capacité à apprendre et à mémoriser du lexique. Un test lexical plus performant, ciblant davantage le lexique présent dans les documents, aurait peut-être obtenu des résultats différents. Cela étant, nous allons désormais nous tourner vers les productions orales des étudiants pour tenter de démontrer qu'il existe un lien entre exposition, apprentissage et utilisation du lexique.

9.2. Analyse des transcriptions des évaluations finales

À l'issue de l'évaluation finale, l'intégralité des enregistrements ont été retranscrits afin de mesurer la capacité des étudiants à réinvestir les savoirs qu'ils ont acquis (Annexe 13). Différentes WL ont ensuite été constituées dans le but de mesurer l'utilisation du lexique médical par les étudiants, en fonction de leur groupe d'appartenance, afin de vérifier si les documents utilisés en cours impactent cette utilisation (cf. 7.2.1). Dans un premier temps, nous présenterons les données obtenues grâce aux WL créées à partir des productions orales de l'évaluation finale (WL Prod Orale), puis nous procéderons à une analyse statistique de ces données. Dans un second temps, nous étudierons les WL des productions orales de l'évaluation finale en fonction du cas clinique sur lequel

les étudiants ont été interrogés (Prod Orale Cas Cliniq) afin d'obtenir une analyse complète et détaillée des productions orales des étudiants, et de leur capacité à utiliser le lexique médical en contexte.

9.2.1. Description des données obtenues dans les *Wordlists*

Trois corpus de WL ont été créés à partir des transcriptions des évaluations orales (WL Prod Orale) : le premier corpus regroupe les productions orales des étudiants du P1 et compte 31 WL, le second (33 WL) rassemble les productions orales des étudiants du P2 et enfin, le troisième corpus réunit les productions orales des étudiants du P3, avec 31 WL (cf. 7.2.1). Une fois ces trois corpus finalisés, ils ont été comparés aux WL créés à partir des documents de chaque programme (WL PROG) (cf. 5.4.2.2) : les WL de production orale du P1 ont été comparées à la WL créée à partir des documents de ce programme, les productions orales du P2 ont été comparées à la WL des documents du 2 et celles du P3 à la WL des documents utilisés pour le P3. L'objectif était de comparer les termes employés par les étudiants lors de l'évaluation finale avec les mots présents dans les documents afin d'obtenir des données chiffrées qui pourraient permettre de valider ou de réfuter l'hypothèse portant sur l'acquisition et l'utilisation du lexique.

Un document Excel a été utilisé afin de mesurer le nombre de cooccurrences entre la production orale de chaque étudiant et les documents de chaque programme. Pour cela, la WL PROG a été insérée dans la colonne A du tableur, et la WL Prod Orale x[17] dans la colonne B, puis un tri par doublon a été effectué, mettant ainsi en surbrillance les mots communs à chaque liste. Les résultats pour chaque programme figurent dans le Tableau 61.

[17] x correspond au numéro d'anonymat du participant.

	WL PROG 1 (1 303 types)			WL PROG 2 (1 265 types)			WL PROG 3 (1 357 types)	
	P1 (n=31)			P2 (n=33)			P3 (n=31)	
N° ano.†	WL Prod Orale††	cooc.†††	N° ano.	WL Prod Orale	cooc.	N° ano.	WL Prod Orale	cooc.
1	140	106	32	168	111	65	113	67
2	155	124	33	176	113	66	183	111
3	115	91	34	191	116	67	124	68
4	158	122	35	136	90	68	162	106
5	137	114	36	131	82	69	138	92
6	117	95	37	127	81	70	173	112
7	168	131	38	127	84	71	132	79
8	120	99	39	161	108	72	121	76
9	142	111	40	150	101	73	114	76
10	119	84	41	127	93	74	110	69
11	222	168	42	118	70	75	144	97
12	143	96	43	104	66	76	168	110
13	209	159	44	149	94	77	177	118
14	158	121	45	118	80	78	169	113
15	161	123	46	109	70	79	150	108
16	104	88	47	89	53	80	124	90
17	113	88	48	131	97	81	103	57
18	205	149	49	100	71	82	109	68
19	126	96	50	109	76	83	101	56
20	136	103	51	93	58	84	173	119
21	106	79	52	135	89	85	142	95
22	185	146	53	168	111	86	150	100
23	151	116	54	147	109	87	129	89
24	142	108	55	106	83	88	160	102
25	137	113	56	109	72	89	136	85
26	136	103	57	161	95	90	133	80
27	115	90	58	91	61	91	143	84
28	166	121	59	95	60	92	130	78
29	105	85	60	133	88	93	162	99
30	205	163	61	115	71	94	213	159
31	142	112	62	156	97	95	115	83
			63	159	113			
			64	177	116			
Total	4 538	3 504		4 366	2 879		4 401	2 846
Moyenne	146,39	113,03		132,30	87,24		141,97	91,81
ET	32,08	23,95		28,02	18,61		26,98	21,74
Médiane	142	111		131	88		138	90
IC95 %	134,62-158,16	104,25-121,81		122,36-142,24	80,64-93,84		132,07-151,87	83,84-99,78
IC99 %	130,55-162,23	101,20-124,86		118,94-145,66	78,37-96,11		128,64-155,30	81,07-102,55

† Numéro d'anonymat du participant
†† Nombre de types de la WL
††† Nombre de cooccurrences entre la WL PROG et la WL Prod Orale

Tableau 61 : Nombre de cooccurrences entre les WL PROG et les WL Prod Orale de chaque étudiant

Au regard de ces résultats, il apparaît que les étudiants du P1 sont ceux qui emploient le plus de types présents dans les documents utilisés en cours. Il est toutefois nécessaire d'analyser ces données de manière statistique afin de pouvoir tirer des conclusions scientifiquement valides.

9.2.2. Analyses statistiques des cooccurrences entre les productions orales et les documents

Avant de pouvoir analyser ces données, il est important de vérifier que les distributions des productions orales des trois groupes d'étudiants suivent une loi normale, puisque cela influence le type de tests à utiliser ensuite pour répondre à notre hypothèse selon laquelle le type de document influe sur la capacité des étudiants à mobiliser le lexique qui y est présent. Pour ce faire, le test de Shapiro Wilk est effectué à partir des moyennes des différences d'utilisation entre la WL Prod Orale et la WL PROG des trois groupes. Les résultats indiquent que les trois groupes suivent une loi normale puisque toutes les valeurs *p* sont supérieures à 0,05 (Tableau 62). Il est alors possible de réaliser des tests paramétriques concernant ces données dans les trois groupes.

Shapiro-Wilk *p*	DIFF. WL Prod Orale / WL PROG
P1 (n=31)	0,378
P2 (n=33)	0,504
P3 (n=31)	0,935

Tableau 62 : Vérification du respect de la loi normale selon le test de Shapiro Wilk

Ceci étant établi, il est désormais possible de vérifier s'il existe, ou non, une différence d'utilisation du lexique présent dans les documents entre les trois groupes. La moyenne du nombre de types non issus des documents lors de l'évaluation finale est de 33,4 pour les étudiants du P1, de 45,1 pour le P2 et de 50,2 pour le P3 (Tableau 63). Il est alors nécessaire d'interroger ces différences de résultats entre les trois groupes afin de vérifier si celles-ci sont significatives.

	P1 (n=31)	P2 (n=33)	P3 (n=31)
Moyenne	33,4	45,1	50,2
ET	9,94	11,9	8,93

Tableau 63 : Moyenne et écart-type du nombre de types non issus des documents pour les trois programmes

Pour cela, le test de Student est utilisé, car il permet de vérifier si ces différences sont significatives (Tableau 64). Les valeurs *p* de chaque groupe sont significatives ($p<0,001$), ce qui indique que les trois groupes ont utilisé de manière significative le lexique. Toutefois, il faut noter que la taille de l'effet est grande dans les trois groupes. L'effet le plus grand est noté chez le P3 : les étudiants de ce groupe comptabilisent le plus petit nombre de cooccurrences, ce qui montre que ce sont ces étudiants qui emploient le moins le lexique issu des documents, mobilisant d'autres connaissances lexicales.

	t	df	*p*	Intervalle de confiance 95 %		*d* de Cohen
P1	18,7	30,0	<0,001	29,7	37,0	3,36
P2	21,8	32,0	<0,001	40,9	49,3	3,80
P3	31,3	30,0	<0,001	46,9	53,4	5,62

Tableau 64 : Résultats du test de Student sur les différences de moyenne des trois programmes

Ainsi, il convient de procéder à un test apparié afin de vérifier si des différences existent entre les groupes, et si elles sont significatives (Tableau 65). Il apparaît alors que la différence entre les moyennes est significative entre le P1 et le P2 ($p<0,001$) et entre le P1 et le P3 ($p<0,001$), mais également entre le P2 et le P3 ($p<0,05$). Ceci indique que les étudiants du P1 sont ceux qui ont le mieux assimilés le lexique présent dans les documents en comparaison avec les deux autres groupes, et également ceux qui parviennent le plus à le mobiliser en contexte. Ces résultats viennent alors contrer notre hypothèse selon laquelle l'utilisation de séries télévisées permet une meilleure appropriation et utilisation du lexique propre à la consultation médicale.

	t	df	*p*	*d* de Cohen
P1 vs P2	-3,79	30,0	<0,001	-0,681
P2 vs P3	-2,28	30,0	0,030	-0,409
P1 vs P3	-7,11	30,0	<0,001	-1,277

Tableau 65 : Résultats du test de Student sur les différences de moyenne des trois programmes

9.2.3. Description des données obtenues dans les productions orales triées par cas clinique

Les productions orales de l'évaluation finale (WL Prod Orale) ont ensuite été regroupées en fonction du cas clinique sur lequel les étudiants ont été interrogés (WL Prod Orale Cas Cliniq). Pour rappel, 13 cas cliniques ont été créés pour l'évaluation finale et plusieurs étudiants de chaque groupe ont été interrogés sur chacun de ces cas (cf. 5.1.3.1). Chaque cas clinique s'appuie sur un document qui comprend des termes médicaux en lien avec le cas, et issus des documents supports étudiés pendant le module. Cette fiche est mise à disposition des étudiants pour les guider lors de l'examen. L'objectif de ce regroupement de WL, et des analyses qui en découlent, est de vérifier que l'utilisation du lexique faite par les étudiants lors de l'évaluation n'est pas dépendante du sujet donné. La démarche de création de ces WL a été la même que pour les autres WL, et le nombre de types présent dans chacune est reporté dans le Tableau 66. La lecture de ces résultats indique que les étudiants du P1 sont ceux qui emploient le plus de types présents dans les documents utilisés en cours, et on peut noter que la différence est faible entre les P2 et P3. Il est alors nécessaire d'analyser ces données de manière inférentielle afin de pouvoir tirer des conclusions scientifiquement valides.

	WL PROG 1 (1 303 types)			WL PROG 2 (1 265 types)			WL PROG 3 (1 357 types)	
	P1 (n=31)			P2 (n=33)			P3 (n=31)	
N° CC† (n)‡	WL Prod Orale Cas Cliniq††	cooc.†††	N°CC (n)	WL Prod Orale Cas Cliniq	cooc.	N°CC (n)	WL Prod Orale Cas Cliniq	cooc.
1 (3)	275	204	1 (3)	351	208	1 (3)	287	160
2 (3)	254	189	2 (3)	254	151	2 (3)	282	172
3 (3)	273	203	3 (3)	262	163	3 (2)	193	115
4 (2)	267	192	4 (3)	221	138	4 (2)	174	106
5 (2)	277	195	5 (2)	208	127	5 (2)	240	156
6 (2)	249	183	6 (2)	159	95	6 (2)	256	164
7 (2)	165	128	7 (3)	219	151	7 (2)	222	147
8 (3)	315	218	8 (3)	260	157	8 (3)	187	107
9 (3)	292	219	9 (2)	209	154	9 (3)	321	202
10 (2)	217	163	10 (2)	214	129	10 (2)	223	144
11 (2)	206	152	11 (2)	135	82	11 (2)	214	129
12 (2)	210	155	12 (3)	247	152	12 (3)	274	154
13 (2)	268	207	13 (2)	254	166	13 (2)	266	194
Total	3268	2408		2993	1873		3139	1950
Moyenne	251,38	185,23		230,23	144,08		241,46	150
ET	41,2	27,8		52,8	31,8		44,0	30,2
Médiane	267	192		221	151		240	154
IC95 %	235,89-266,11	174,8-195,2		211,28-248,72	132,72-155,28		224,86-257,14	138,92-161,08
IC99 %	230,65-271,35	171,27-198,73		204,83-255,17	128,84-159,16		219,27-262,73	135,08-164,92

† Numéro du cas clinique
‡ Nombre d'étudiants interrogés sur ce cas
†† Nombre de types de la WL
††† Nombre de cooccurrences entre la WL PROG et la WL Prod Orale Cas Cliniq

Tableau 66 : Nombre de cooccurrences entre les WL PROG et les WL Prod Orale Cas Cliniq de chaque programme

9.2.4. Analyses statistiques des cooccurrences entre les productions orales triées par cas clinique et les documents des programmes

Il est tout d'abord nécessaire de vérifier que les distributions des productions orales des trois groupes d'étudiants suivent une loi normale

pour tester l'hypothèse selon laquelle les documents supports remis aux étudiants lors de l'évaluation finale influencent leur capacité à utiliser le lexique médical. Pour ce faire, le test de Shapiro Wilk est effectué à partir des moyennes des différences d'utilisation entre la WL Prod Orale Cas Cliniq et la WL PROG des trois groupes. Les résultats indiquent que les P1 et P2 suivent une loi normale (p>0,05), tandis que le P3 ne la suit pas (p=0,043) (Tableau 67). Il convient alors d'utiliser des tests paramétriques pour les données des P1 et P2, et des tests non paramétriques pour celles de P3.

Shapiro-Wilk *p*	DIFF. WL Prod Orale Cas Cliniq / WL PROG
P1 (n=31)	0,948
P2 (n=33)	0,380
P3 (n=31)	0,043

Tableau 67 : Vérification du respect de la loi normale selon le test de Shapiro Wilk

Ceci étant établi, il est désormais possible de vérifier s'il existe, ou non, une influence du document support sur l'utilisation du lexique entre les trois groupes. La moyenne du nombre de types non issus des documents lors de l'évaluation finale est de 66,2 pour le P1, de 86,2 pour le P2 et de 91,5 pour le P3 (Tableau 68). Il faut alors interroger ces différences entre les trois groupes afin de vérifier si celles-ci sont significatives.

	P1 (n=31)	P2 (n=33)	P3 (n=31)
Moyenne	66,2	86,2	91,5
ET	14,9	24,1	20,3

Tableau 68 : Moyenne et écart-type du nombre de types non issus des documents pour les trois programmes

Afin de vérifier si les différences sont significatives, le test de Student est utilisé pour les données des P1 et P2 et le test de Wilcoxon sur celles du P3 (Tableau 69). Les valeurs p de chaque groupe sont significatives (p<0,001), ce qui indique que les trois groupes ont utilisé de manière significative le lexique. La taille de l'effet est grande dans les trois groupes, et l'effet le plus grand est noté chez les étudiants du P3, ce qui montre que ce sont ces étudiants qui emploient le moins le lexique issu des documents, faisant

appel à d'autres connaissances lexicales. Ceci indiquerait alors que dans ce groupe, les étudiants sont les plus à même de mobiliser des connaissances qui ne sont pas en lien avec celles acquises lors du module. En ce sens, la taille de l'effet révélée par les données du P2 semblerait indiquer que ce sont les étudiants de ce groupe qui font l'utilisation la plus grande du lexique présent dans la fiche support et donc présent dans les documents vus en classe.

		t	df	*p*	Intervalle de confiance 95 %		*d* de Cohen
P1	Student	16,0	12,0	<0,001	57,2	75,2	4,44
P2	Student	12,9	12,0	<0,001	71,6	100,7	3,57
P3	Wilcoxon	91,0	-	<0,001	78,0	103	4,51

Tableau 69 : Résultats des tests de Student et de Wilcoxon sur les différences de moyenne des trois programmes

Ceci nous amène à procéder à un test apparié afin de vérifier si des différences existent entre les groupes, et si elles sont significatives (Tableau 70). La différence des moyennes est significative entre le P1 et le P2 (p=0,011) et entre le P1 et le P3 (p=0,005), mais pas entre le P2 et le P3 (p>0,05). Ceci indique à la fois que les étudiants du P1 sont ceux qui ont le plus utilisé le lexique présent dans les fiches supports, et aussi que les étudiants du P3 sont ceux qui l'ont le moins utilisé. Ces résultats répondent alors à notre hypothèse selon laquelle les fiches supports ont un impact sur la capacité des étudiants à utiliser le lexique vu en cours. En effet, puisqu'une partie du lexique du cours se trouve dans ces fiches, il était normal que les étudiants l'utilisent. Toutefois, les résultats du P3 indiquent que ces étudiants sont capables de se détacher de cette fiche et de mobiliser d'autres connaissances, acquises lors du module pour certaines, pour communiquer lors d'une consultation médicale. Cela renforce alors notre réponse à l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de séries télévisées favorise l'apprentissage du lexique médical spécialisé.

		t	df	*p*	*d* de Cohen
P1 vs P2	Student	-3,00	12,0	0,011	-0,831
P2 vs P3	Wilcoxon	37,00		0,576	-0,205
P1 vs P3	Wilcoxon	7,00		0,005	-1,019

Tableau 70 : Résultats des tests de Student et de Wilcoxon sur les différences de moyenne des trois programmes

9.3. Pérennisation des savoirs lexicaux au travers d'une étude exploratoire

Au cours des semestres durant lesquels l'étude s'est déroulée et des suivants, nous avons eu l'opportunité d'évaluer une seconde fois 11 participants, lors d'autres examens finaux. Cette démarche a été l'occasion de mesurer la capacité des étudiants à réinvestir ce qu'ils avaient appris et acquis, et ainsi de vérifier la pérennisation de l'enseignement dispensé.

Un corpus contenant les deux passages de ces étudiants a été créé dans le but de comparer leur performance. Il contient 11 WL nommées Prod Orale Éval + suivi du numéro d'anonymat du participant (cf. 7.2.1). La démarche de création de ces WL a été la même que celle suivie pour les précédents corpus, et le nombre de types inclus dans chaque WL est reporté dans le Tableau 71. Toutefois, afin de comparer objectivement les deux passages, les WL correspondant au premier passage (WL Prod Orale) ont été modifiées, afin de ne conserver que la partie du discours portant sur la prise d'antécédents des patients, puisque lors du deuxième passage (WL Prod Orale Éval +), il est demandé aux étudiants de s'arrêter juste avant la partie examen clinique. Les deux WL de chaque étudiant ont ensuite été comparées selon trois axes : le nombre de types contenus indépendamment dans les WL du premier et du deuxième passage, le nombre de cooccurrences entre chaque passage et la WL PROG de chaque programme, et enfin, le nombre de cooccurrences entre les deux passages (Tableau 72).

	NUMÉRO ANONYMAT	WL Prod Orale	WL Prod Orale Éval +	semestres entre les deux évaluations
P1	11	154	94	5
	22	94	56	3
	23	93	53	3
	25	54	83	3
	27	48	85	3
P2	39	73	56	4
	53	83	77	2
	54	61	77	3
	56	39	59	3
	57	55	94	3
P3	69	70	64	3

Tableau 71 : Nombre de types contenus dans les WL Prod Orale et WL prod Orale Éval+

Il serait acceptable de penser que les étudiants utilisent moins de termes médicaux présents dans les WL PROG lors de la deuxième évaluation, en raison du temps qui sépare les deux épreuves. Pourtant, il est intéressant de noter que cela ne se vérifie pas pour l'ensemble des étudiants : sur les 11 candidats évalués une seconde fois, cinq candidats voient le nombre de cooccurrences entre la WL PROG et la WL Prod Orale Éval + augmenter, soit presque la moitié d'entre eux. Il s'agit de deux participants du P1 (participants 25 et 27) et de trois participants du P2 (participants 54, 56 et 57). Ces résultats peuvent s'expliquer selon deux angles. D'un côté, les étudiants peuvent se souvenir de ce qu'ils ont appris pendant le module, et sont alors capables de mobiliser ces connaissances dans un laps de temps plus important. D'un autre côté, ils peuvent s'être servis de leur documents du module Consultation pour préparer ce deuxième examen. On pourrait également penser que plus le laps de temps entre la fin du module et la deuxième évaluation est long, plus les étudiants obtiennent de moins bons résultats. Parmi les 11 participants, huit ont passé le deuxième examen trois semestres après la fin du module consultation. Parmi ces huit étudiants, cinq ont augmenté leur utilisation de lexique médical présent dans les documents de leur programme correspondant, soit plus de la moitié d'entre eux. Enfin, si l'on se concentre sur les programmes suivis par les étudiants lors du module, et que l'on tente de mettre ceci en lien avec leurs résultats obtenus lors du deuxième passage, nous pouvons remarquer que deux étudiants du P1 sur cinq et trois étudiants du P2 sur cinq ont progressé ; ces descriptions sont alors peu

concluantes, et il convient de pousser les analyses au niveau statistique pour mesurer leur significativité.

P1 N° ano.	WL Prod Orale (passage 1) (n=5)	WL Prod Orale Éval + (passage 2) (n=5)	DIFF (n=5)	COOC. WL Prod Orale / WL PROG (n=5)	COOC. WL Prod Orale Éval + / WL PROG (n=5)	DIFF (n=5)	COOC. WL Prod Orale / WL Prod Orale Éval + (n=5)
11	154	94	-60	122	68	-54	41
22	94	56	-38	76	47	-29	22
23	93	53	-40	70	38	-32	24
25	54	83	29	51	60	9	21
27	48	85	37	39	64	25	19
Total	443	371	-72	358	277	-81	127
Moyenne	88,6	74,2		71,6	55,4		25,4
ET	42,34	18,49		31,82	12,52		8,91
Médiane	93	83		70	60		22
P2 N° ano.	WL Prod Orale (passage 1) (n=5)	WL Prod Orale Éval + (passage 2) (n=5)	DIFF (n=5)	COOC. WL Prod Orale / WL PROG (n=5)	COOC. WL Prod Orale Éval + / WL PROG (n=5)	DIFF (n=5)	COOC. WL Prod orale / WL Prod Orale Éval + (n=5)
39	73	56	-17	58	45	-13	16
53	83	77	-6	58	53	-5	23
54	61	77	16	44	58	14	18
56	39	59	20	35	43	8	16
57	55	94	39	33	62	29	16
Total	311	363	52	228	261	33	89
Moyenne	62,2	72,6		45,6	52,2		17,8
ET	16,89	15,47		12,05	8,17		3,03
Médiane	61	77		44	53		16
P3 N° ano.	WL Prod orale (passage 1) (n=1)	WL Prod orale Éval + (passage 2) (n=1)	DIFF (n=1)	COOC. WL Prod orale / WL PROG (n=1)	COOC. WL Prod orale Éval + / WL PROG (n=1)	DIFF (n=1)	COOC. WL Prod Orale / WL Prod Orlae Éval + (n=1)
69	70	64	-6	53	45	-8	18
Total	70	64	-6	53	45	-8	18

Tableau 72 : Cooccurrences entre les WL Prod Orale, WL PROG, WL Prod Orale Éval +

9.3.1. Hypothèse 1 : résultats du comparatif entre les productions orales des premiers et deuxièmes passages

En premier lieu, le test de Shapiro Wilk est effectué afin de vérifier que la distribution des productions des étudiants des trois groupes suivent la loi normale (Tableau 73). L'analyse des données du P3 n'est pas possible compte-tenu du fait qu'un seul participant y est inclus. Cependant, concernant les P1 et P2, ces groupes suivent la loi normale lors du premier et du deuxième passage, permettant ainsi de poursuivre l'analyse statistique par le biais de tests paramétriques.

Shapiro-Wilk *p*	Prod Orale	Prod Orale Éval +
P1 (n=5)	0,382	0,222
P2 (n=5)	0,976	0,501

Tableau 73 : Vérification du respect de la loi normale selon le test de Shapiro Wilk

Une ANOVA de Fisher est ensuite réalisée dans le but de mesurer un potentiel écart de niveau entre ces 11 étudiants lors du premier passage. Pour cela, l'analyse est conduite sur les WL Prod Orale des P1 et P2 (Tableau 74). Cette analyse montre qu'il n'y a pas de différence globale entre les niveaux des différents groupes (F (1 ; 8)=1,67 ; *p*=0,2314). L'égalité des variances est également vérifiée entre les deux programmes par le test de Levene, qui stipule que les variances entre les groupes sont égales (F (1 ; 8)=2,04 ; *p*=0,192).

ANOVA de Fisher					Test d'Égalité des Variances de Levene				
	F	df1	df2	*p*		F	df1	df2	*p*
WL Prod Orale	1,67	1	8	0,2314	WL Prod Orale	2,04	1	8	0,192

Tableau 74 : ANOVA de Fisher sur les résultats des WL Prod Orale des P1 et P2

Un test de Tukey est ensuite effectué pour comparer les résultats des WL Prod Orale des P1 et P2 grâce à une comparaison appariée, qui ne révèle pas de différence significative de moyenne. Ainsi, il est possible de conclure que ces deux groupes avaient un niveau comparable lors de la première session d'examen (Tableau 75).

	valeur *p*
P1 vs P2	0,295

Tableau 75 : Résultats du test de Tukey sur les résultats comparatif des WL Prod Orale des P1 et P2

Ces données ayant été vérifiées, il est désormais possible de vérifier si les différences du nombre de types entre la WL Prod Orale et la WL Prod Orale Éval + sont significatives, en effectuant un test de Student. Les données chiffrées montrent que deux étudiants du P1 (25, 27) et trois étudiants du P2 (54, 56, 57) ont augmenté le nombre de types lors de la prise d'antécédents du patient (Figure 67).

	P1 (n=5)			P2 (n=5)	
N° ano.	WL Prod Orale	WL Prod Orale Éval +	N° ano.	WL Prod Orale	WL Prod Orale Éval +
11	154	94	39	73	56
22	94	56	53	83	77
23	93	53	54	61	77
25	54	83	56	39	59
27	48	85	57	55	94
Total	443	371	Total	311	363
Moyenne	88,6	74,2	Moyenne	62,2	72,6
ET	42,34	18,49	ET	16,89	15,47
Médiane	93	83	Médiane	61	77

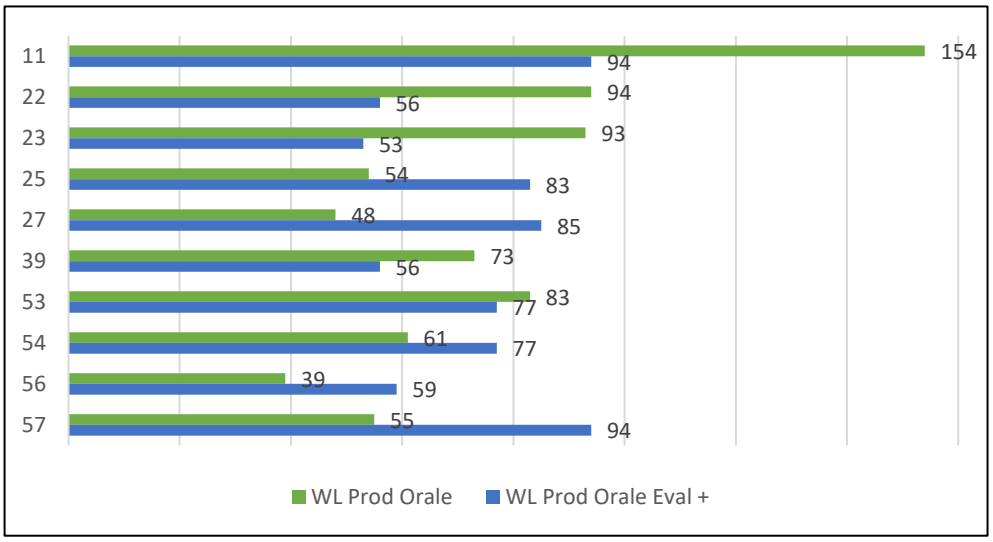


Figure 67 : Nombre de types dans les WL Prod Orale et WL Prod Orale Éval+ des P1 et P2

Toutefois, le test de Student révèle que la différence entre les deux sessions d'examen n'est significative dans aucun des groupes, puisque p>0,005 (P1,

p=0,507 ; P2, *p*=0,353) (Tableau 76). Ainsi, il n'est pas possible de conclure que la différence du nombre de types entre le premier et le deuxième passage est significative. De plus, la taille de l'effet est faible pour le P1 (*d*=0,326) et pour le P2 (*d*=0,470).

	t	df	*p*	moyenne de l'écart	erreur standard	IC 95 %	*d* de Cohen
P1	0,728	4	0,507	14,4	19,77	40,5-69,3	0,326
P2	1,05	4	0,353	-10,4	9,90	-37,9-17,1	0,470

Tableau 76 : Comparatif des WL Prod Orale et WL Prod Orale Éval + des P1 et P2 (test de Student)

9.3.2. Hypothèse 2 : résultats du comparatif entre les productions orales des deux passages et le lexique contenu dans les documents

L'objectif ici est de mesurer la capacité des étudiants à réinvestir le lexique présent dans les documents plusieurs semestres après la fin du module consultation. Pour cela, les cooccurrences WL Prod Orale/ WL PROG entre les deux sessions d'examen sont évaluées pour le P1 et le P2. Les données chiffrées indiquent que le nombre de cooccurrences entre les deux sessions est plus important chez deux étudiants du P1 (25, 27) et chez trois étudiants du P3 (54, 56, 57) (Figure 68).

Pourtant, les résultats du test de Student montrent que le nombre de cooccurrences entre les deux sessions d'examen n'est pas significative pour ces deux groupes, puisque *p*>0,05 (P1, *p*=0,325 ; P2, *p*=0,419) (Tableau 77). Ainsi, il n'est pas possible de conclure que le type d'apprentissage garantit une meilleure mémorisation, ainsi qu'une meilleure capacité à utiliser le lexique médical, sur le long terme. De plus, la taille de l'effet est moyenne pour le P1 (*d*=0,501) et faible pour le P2 (*d*=0,402).

N° ano.	P1 (n=5) COOC. WL Prod Orale / WL PROG	P1 (n=5) COOC. WL Prod Orale Éval + / WL PROG	N° ano.	P2 (n=5) COOC. WL Prod Orale / WL PROG	P2 (n=5) COOC. WL Prod Orale Éval + / WL PROG
11	122	68	39	58	45
22	76	47	53	58	53
23	70	38	54	44	58
25	51	60	56	35	43
27	39	64	57	33	62
Total	358	277	Total	228	261
Moyenne	71,6	55,4	Moyenne	45,6	52,2
ET	31,82	12,52	ET	12,05	8,17
Médiane	70	60	Médiane	44	53

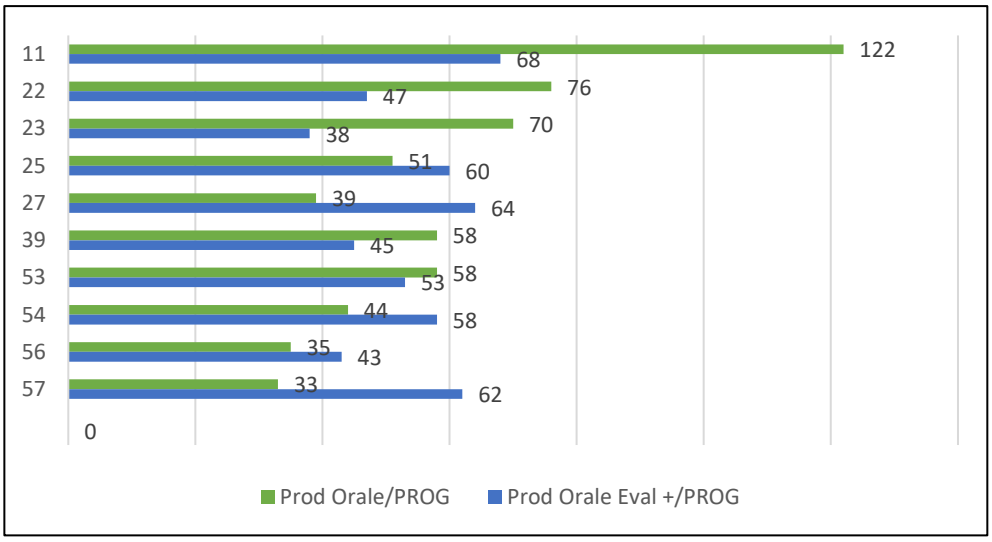


Figure 68 : Nombre de cooccurrences entre les WL Prod Orale, WL Prod Orale Éval + et WL PROG des P1 et P2

	t	df	*p*	moyenne de l'écart	erreur standard	IC 95 %	*d* de Cohen
P1	1,121	4	0,325	16,20	14,45	-23,9-56,3	0,501
P2	-0,899	4	0,419	-6,60	7,34	-27-13,8	0,402

Tableau 77 : Comparatif des cooccurrences WL Prod Orale/WL PROG et WL Prod Orale Éval + /WL PROG des P1 et P2 (test de Student)

9.3.3. Hypothèse 3 : résultats du comparatif des cooccurrences entre les productions orales des deux passages

Enfin, le nombre de cooccurrences entre les WL Prod Orale et WL Prod Orale Éval + de chaque candidat a été analysé. Même si la moyenne de cooccurrences du P1 est supérieure à celle du P2, l'écart-type indique un manque d'homogénéité entre les candidats (Tableau 78).

N° ano.	P1 (n=5) COOC. WL Prod Orale / WL Prod Orale Éval +	N° ano.	P2 (n=5) COOC. WL Prod Orale / WL Prod Orale Éval +
11	41	39	16
22	22	53	23
23	24	54	18
25	21	56	16
27	19	57	16
Total	127	Total	89
Moyenne	25,4	Moyenne	17,8
ET	8,91	ET	3,03
Médiane	22	Médiane	16

Tableau 78 : Cooccurrences entre les WL Prod Orale et WL Prod Orale Éval + des P1 et P2

À l'inverse des tests précédents, les résultats de ce test de Student sont significatifs pour les deux groupes d'étudiants (P1 : p=0,003 ; P2 : p=<0,001). De plus, la taille de l'effet est grande pour chaque groupe, avec d=2,85 pour le P1 et d=5,87 pour le P2 (Tableau 79). Trois conclusions possibles se présentent alors : d'un côté, il est possible de défendre l'argument selon lequel une partie de l'apprentissage reçu lors du module consultation est pérenne et transférable dans une situation de communication similaire. D'un autre côté, il est également acceptable d'avancer que les occurrences comptabilisées ici font en fait partie des connaissances déjà existantes des étudiants, en amont de leur participation à l'étude. Enfin, il est possible d'avancer l'argument selon lequel les cooccurrences renvoient à du lexique enseigné à la fois lors du module consultation et lors des cours d'anglais de DFASM1.

	t	df	*p*	moyenne de l'écart	IC 95 %	*d* de Cohen
P1	6,38	4,00	0,003	25,4	14,3-36,5	2,85
P2	13,12	4,00	<0,001	17,8	14-21,6	5,87

Tableau 79 : Comparatif des cooccurrences WL Prod Orale et WL Prod Orale Éval + des P1 et P2 (test de Student)

Ainsi, l'analyse de ces différents résultats ne permet pas de mesurer de manière sûre l'efficacité ou la pérennisation des apprentissages du module consultation. De nombreuses zones d'ombre existent, nuisant ainsi à l'analyse des données. Le laps de temps entre les deux sessions, tout comme le fait que ces étudiants peuvent être confrontés à de l'anglais dans d'autres circonstances (cours d'anglais du tronc commun, visionnage de séries ou de films en version originale), empêchent d'analyser ces données de manière fiable. De plus, le faible nombre de candidats revus en deuxième session ne permet pas d'évaluer les trois programmes de manière égalitaire. Cependant, il faut noter que malgré tout, certains étudiants des P1 et P2 parviennent à mobiliser des connaissances probablement acquises lors du module.

Synthèse

L'objectif de ce chapitre était de mesurer le possible impact des documents utilisés pendant le module consultation sur l'utilisation et la mémorisation du lexique médical. Grâce au pré-test, nous avons pu vérifier que les étudiants des trois groupes avaient un niveau similaire à l'entrée dans l'étude, et grâce au post-test, nous avons mesuré leur progression. Il est devenu évident que les trois groupes avaient progressé suite au module consultation, même si le P2 avait suivi une courbe de progression plus homogène que le P1 et le P3. Toutefois, les résultats de ces tests ne permettent pas de conclure à un impact positif de l'utilisation de séries télévisées sur l'acquisition du lexique spécialisé, puisque les trois groupes ont progressé de manière équivalente. Les analyses menées sur les WL de productions orales des évaluations finales ont, quant à elles, révélé que les

étudiants du P1 avait le mieux intégré le lexique du cours. Cependant, l'analyse croisée des productions orales par cas clinique a indiqué que ces mêmes étudiants s'appuyaient largement sur le lexique contenu dans les fiches supports de l'examen, alors que les étudiants du P3 s'en dégageaient pour faire appel à d'autres connaissances. En ce sens, il apparaît alors que l'utilisation d'un panachage de séries télévisées peut favoriser l'acquisition de lexique utile et adapté à la consultation médicale.

CHAPITRE 10
IMPACTS SUR LA CAPACITÉ À COMMUNIQUER

Ce chapitre a pour but de mesurer l'impact des différents documents sur la capacité à communiquer des étudiants. La communication, telle qu'elle est présentée dans cette recherche, renvoie à la capacité des étudiants à parler, à comprendre, et à se faire comprendre lors d'une consultation médicale avec un patient étranger. Deux analyses sont donc menées dans le but d'obtenir les résultats les plus exhaustifs possibles. Tout d'abord, les grilles d'évaluation remplies suite à l'évaluation finale seront testées et commentées. Ensuite, la présence de marqueurs communicatifs propres à la consultation médicale seront analysés.

10.1. Analyse des grilles d'évaluations finales

Les enregistrements de l'examen final ont permis de compléter une grille d'évaluation pour chaque candidat (cf. 7.2.3) (Annexe 12). Celle-ci est

composée de 13 items répartis en cinq catégories, et a pour but d'apprécier la capacité des étudiants à communiquer dans la situation cible, c'est-à-dire lors d'une consultation médicale. Afin d'évaluer cette compétence communicationnelle, chaque item a été attribué à une variable catégorielle, 0 pour non-acquis, 1 pour en cours d'acquisition et 2 pour acquis. Chaque étudiant a ainsi obtenu un score sur 26 points (Tableau 80). Les étudiants du P1 obtiennent la meilleure moyenne. Toutefois, l'écart entre les résultats est le plus faible chez les étudiants du P3. Il convient désormais d'analyser ces résultats avec des tests statistiques.

P1 (n=31)		P2 (n=33)		P3 (n=31)	
candidat	score	candidat	score	candidat	score
1	21	32	21	65	15
2	21	33	19	66	17
3	14	34	20	67	18
4	19	35	18	68	17
5	22	36	16	69	16
6	16	37	19	70	21
7	24	38	13	71	19
8	18	39	20	72	14
9	21	40	21	73	18
10	15	41	20	74	15
11	23	42	19	75	22
12	16	43	15	76	23
13	23	44	17	77	20
14	15	45	19	78	26
15	22	46	8	79	18
16	20	47	12	80	18
17	18	48	18	81	16
18	19	49	16	82	12
19	18	50	19	83	16
20	16	51	16	84	20
21	5	52	20	85	14
22	21	53	22	86	18
23	17	54	17	87	14
24	21	55	14	88	20
25	19	56	12	89	19
26	20	57	21	90	15
27	19	58	16	91	15
28	15	59	14	92	18
29	17	60	14	93	19
30	20	61	19	94	20
31	14	62	21	95	14
		63	19		
		64	18		
Moyenne	18,35		17,36		17,65
ET	3,73		3,23		3,05
Minimum	5		8		12
Maximum	24		22		26

Tableau 80 : Résultats des grilles d'évaluation de l'examen final pour chaque participant des trois programmes

10.1.1. Comparaison des résultats des trois groupes

Avant de pouvoir effectuer des analyses plus poussées, il est nécessaire de dresser un bilan des fréquences de notation des étudiants, en fonction de leur programme (Tableau 81) : grade 2 indique que l'acquisition de cet item est complète, grade 1 que l'acquisition est en cours et grade 0 que l'item n'est pas acquis.

	grade 2	grade 1	grade 0	TOTAL
P1	184	200	19	403
P2	183	207	39	429
P3	180	187	36	403
Total	547	594	94	1235

Tableau 81 : Fréquence des critères d'acquisition des items pour chaque programme

Le test exact de Fisher est utilisé pour mesurer la contingence des fréquences d'acquisition des items. Un tableau de contingence permet de représenter les données obtenues lors d'un comptage, afin de vérifier s'il existe une dépendance entre deux variables. Ce test peut être utilisé puisqu'il s'agit d'interroger le total de chaque groupe, et la valeur *p* ainsi obtenue est p=0,22, ce qui indique qu'il n'y a pas de différence de prolixité entre les groupes, et que les résultats obtenus aux différents items ne dépendent pas du programme suivi (Tableau 82). Nous avons ici effectué un test de Fisher car P1 et P3 ont le même nombre de mots (*i.e.* 403) ; si les trois groupes avaient eu un score différent, un test du Khi² aurait été effectué.

	P1 / P3	P2	Total ligne
P1 / P3	403	429	832
P2	429	403	832
Total colonne	832	832	1 664
Valeur statistique du test de Fisher 0,02203. Valeur p >0,05			

Tableau 82 : Test exact de Fisher sur les résultats généraux de la grille d'évaluation

Par la suite, un test du Khi² portant sur les résultats obtenus par chaque groupe aux différents grades de notation a ensuite été effectué (Tableau 83). Le test exact de Fisher ne peut être appliqué dans cette situation, puisqu'il est question de comparer les groupes entre eux, à l'inverse du test précédent. Les résultats de ce test n'indiquent pas de différences entre les programmes (χ^2=7,48 ; p=0,11). Ces deux tests indiquent qu'il n'existe pas de différence

entre les trois groupes d'étudiants ; nous pouvons ainsi poursuivre les analyses.

	Grade 2	Grade 1	Grade 0	Total ligne
P1	184	200	19	403
P2	183	207	39	429
P3	180	187	36	403
Total colonne	547	594	94	1 235
Valeur statistique du test du Khi² 7,4818. Valeur *p*=0,1125				

Tableau 83 : Test du Khi² sur les résultats par grade d'acquisition des trois programmes

10.1.2. Résultats intra-groupes

L'objectif de cette section est de tester s'il existe une différence significative entre les résultats des différents grades de notation, au sein de chaque groupe. Pour ce faire, le test exact de Fisher est employé sur les données de chaque groupe, tout d'abord en comparant le nombre de grade 1 à celui de grade 2, puis en comparant le nombre de grade 2 au nombre de grade 0.

Concernant le P1, il n'y a pas de différence entre les grades 1 et 2 (Tableau 84) ; cela signifie que le type d'apprentissage n'a pas d'effet sur les résultats obtenus à la grille d'évaluation, puisque le nombre de grade 1 n'est pas significativement différent du nombre de grade 2 (p=0,248). En revanche, il y a une différence significative par rapport au nombre de grade 0 (Tableau 84), que ce soit par rapport au grade 2 (p<0,00001) ou au grade 1 (p<0,00001).

	P1 (grade 2/1)	P1 (grade 1/2)	Total ligne
P1 (grade 2/1)	184	200	384
P1 (grade 1/2)	200	184	384
Total colonne	384	384	768
Valeur statistique du test du Khi² 1,3333. Valeur *p*>0,05			

	P1 (grade 2/0)	P1 (grade 0/2)	Total ligne
P1 (grade 2/0)	184	19	203
P1 (grade 0/2)	19	184	203
Total colonne	203	203	406
Valeur statistique du test du Khi² 268,23. Valeur *p*<0,05			

	P1 (grade 1/0)	P1 (grade 0/1)	Total ligne
P1 (grade 1/0)	200	19	219
P1 (grade 0/1)	19	200	219
Total colonne	219	219	438
Valeur statistique du test du Khi^2 299,19. Valeur p<0,05			

Tableau 84 : Test exact de Fisher sur les résultats du P1

Les mêmes mesures sont répétées pour le P2. Les résultats du test exact de Fisher indiquent une différence tendancielle entre les grades 1 et 2 au sein de ce groupe. L'apprentissage a un effet tendanciel, puisque le nombre de grade 1 diffère tendanciellement du nombre de grade 2 (p=0,09). Cette différence est dite tendancielle puisque trop peu de sujets sont inclus dans ce groupe, ce qui signifie que la différence entre ces deux grades au sein du P2 pourrait être significative si plus de sujets étaient inclus. En revanche, il y a une différence significative par rapport au nombre de grade 0, que ce soit pour le grade 2 (p<0,001) ou pour le grade 1 (p<0,001).

Enfin, ces mesures sont également reproduites pour le P3. Le test exact de Fisher ne montre pas de différence significative entre le nombre de grades 1 et 2, ce qui implique que le type d'apprentissage n'a pas d'effet ; le nombre de grade 1 n'est pas significativement différent du nombre de grade 2 (p=0,65). En revanche, la différence est significative entre le nombre de grade 0 et les deux autres grades, que ce soit le grade 2 (p<0,001) ou le grade 1 (p<0,001).

Ainsi, au regard de ces analyses, il apparaît que les étudiants ont obtenu beaucoup moins de grades 0 que de grades 1 ou 2. Dans la majorité des groupes, il n'y a pas de différence significative entre les grades 1 et 2, sauf pour le P2 qui voit un effet tendanciel. Cet effet pourrait être significatif si plus de sujets étaient inclus dans ce groupe. Ainsi, le P2 serait celui pour lequel le nombre de grade 2 diffèrerait du nombre de grade 1 et de grade 0.

10.1.3. Résultats inter-groupes

Dans cette section, les résultats obtenus à chaque grade, au sein de chaque groupe, sont comparés grâce au test exact de Fisher (Tableau 85). Les résultats des différents tests montrent qu'il n'y a pas de différence

significative pour les grades 1 et 2 entre les trois groupes. Pourtant, concernant le grade 0, une différence significative existe entre P1 et P2 (p=0,0004) et entre P1 et P3 (p=0,002). Dans les deux cas, ceci révèle que les étudiants du P1 ont obtenu moins de grade 0 que les étudiants des deux autres programmes : P1 vs P2 (19 vs 39) ; P1 vs P3 (19 vs 36). Ainsi, les étudiants du P1 ont un nombre de grade 0 significativement inférieur à ceux des P2 et P3, ce qui amène à conclure sur le fait que l'utilisation de documents didactiques et didactisés réduit le nombre de grade 0 chez les étudiants. Toutefois, l'ensemble des résultats indique que les étudiants du P1 ont certes moins de grade 0, mais pas forcément plus de grades 1 ou 2. Il n'est alors pas possible de répondre à l'hypothèse selon laquelle l'utilisation des documents impacte de manière significative la capacité à communiquer des étudiants.

p	Grade 2	Grade 1	Grade 0
P1-P2	1	0,674	0,0004
P1-P3	0,824	0,388	0,002
P2-P3	0,882	0,176	0,744

Tableau 85 : Test exact de Fisher sur les différences inter-groupes pour les trois grades

10.2. Analyse discursive et conversationnelle des productions orales

Dans le but de compléter notre analyse de la compétence communicationnelle chez les participants, nous avons entrepris de mener une analyse discursive et conversationnelle sur les productions orales de l'évaluation finale. Celle-ci se découpe en trois axes : tout d'abord, nous comparerons la fréquence d'exposition et d'utilisation de trois routines propres à la communication de la consultation médicale, à savoir l'interrogatoire du patient, l'examen physique et l'annonce du diagnostic. Ensuite, nous mènerons une analyse discursive de ces routines en comparant leur utilisation dans les documents et dans les productions orales des étudiants de chaque programme. Enfin, une analyse conversationnelle sera faite, se concentrant sur l'utilisation des marqueurs discursifs, la reformulation et sur les tours de parole.

10.2.1. Analyse des routines de la consultation médicale : fréquence d'exposition et d'utilisation

Nous avons tout d'abord analysé la manière dont les étudiants utilisent les routines communicatives de la consultation : les questions posées lors de l'interrogatoire du patient, l'explication des actes pendant l'examen physique et la manière d'annoncer le diagnostic (cf. 7.2.4). Pour ce faire, les expressions en lien avec ces trois routines ont été relevées dans les scripts des documents des trois programmes, puis compilées dans des documents *Word*. Ensuite, les corpus de productions orales des étudiants ont été ouverts dans *AntConc* afin de quantifier le nombre d'expressions similaires entre leur discours et celui des documents étudiés en cours. Chaque expression a été rentrée manuellement dans *AntConc*, et le concordancier a permis de relever les expressions similaires. Notre objectif est de vérifier s'il existe une adéquation entre nombre d'exposition et utilisation des structures.

10.2.1.1. Interrogatoire du patient

La capacité des étudiants à former des questions, ou à utiliser celles présentes dans les documents étudiés en classe, a tout d'abord été mesurée. Pour cela, toutes les questions des scripts ont été relevées, ce qui a permis de retenir trois formes majoritairement présentes : les questions elliptiques qui commencent par *any*, celles débutant par un auxiliaire (*be*, *have*, *do*), ou celles qui commencent par le mot interrogatif *how long*. Ensuite, la même opération a été effectuée avec les questions se trouvant dans les productions orales des étudiants. L'objectif était de quantifier le nombre de questions posées au patient.

Ce nombre a ensuite été comptabilisé et un premier comparatif a pu être effectué sous forme de tableau (Figure 69). Les trois catégories de questions sélectionnées sont présentes dans les productions orales des trois groupes. Dans les documents du P1, 40 questions ont été relevées et les étudiants en ont posé 121. Le P2 a permis d'extraire 25 questions ; les étudiants ont posé un total de 187 questions. Les documents du P3 comptent 23 questions, et les étudiants en ont posé 123. Ainsi, ces résultats ne permettent pas de

valider l'hypothèse selon laquelle une forte exposition aux questions garantit une utilisation nombreuse de celles-ci, puisque les étudiants du P1 sont ceux qui ont été le plus exposés (avec 40 questions), mais sont ceux qui en utilisent le moins (121). De plus, les questions les plus utilisées par les étudiants des trois programmes sont celles en *Do you* malgré une faible représentation dans les documents. De ce fait, il semble que les étudiants n'utilisent pas ces questions parce qu'elles se trouvent dans les documents, mais parce qu'elles font parties de leurs acquis.

	P1		P2		P3	
	D†	Prod Orale‡	D	Prod Orale	D	Prod Orale
ANY	2	10	7	6	3	7
ARE YOU	9	26	3	22	5	16
HAVE YOU	16	38	7	25	5	17
HOW LONG	6	10	3	10	2	3
DO YOU	6	96	5	98	8	72
DID YOU	1	17	0	26	0	8
Total	40	197	25	187	23	123
Moyenne	6,67	32,83	4,17	31,17	3,83	20,5
ET	5,43	32,73	2,71	33,75	2,79	25,81

† Nombre de questions présentes dans les documents du programme
‡ Nombre de questions présentes dans les productions orales des étudiants

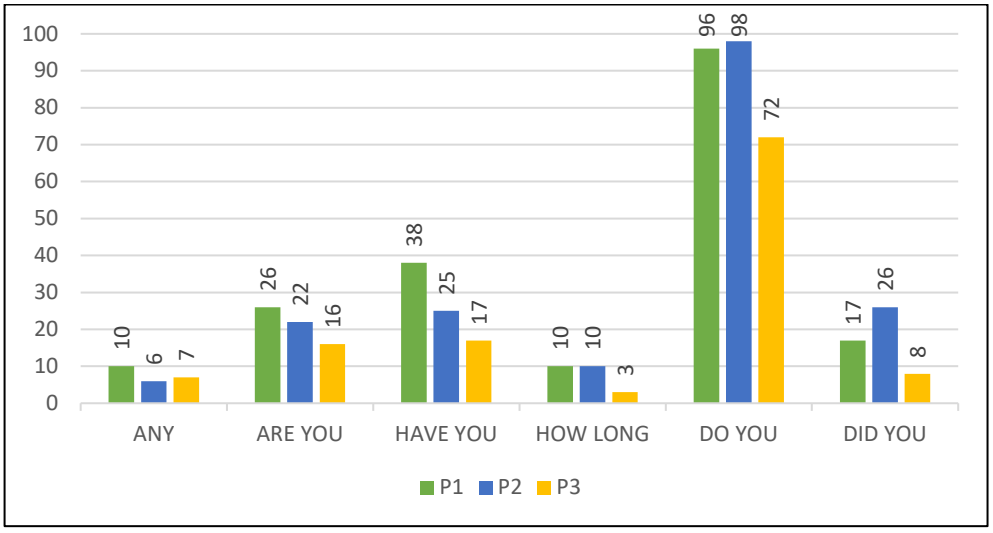


Figure 69 : Comparatif du nombre de questions présentes dans les documents et dans les productions orales

Par la suite, le nombre de questions posées par les étudiants, et identiques à celles présentes dans les documents, a été compté (Tableau 86). Les étudiants utilisent très peu les questions présentes dans les documents, et les étudiants du P2 n'en utilisent aucune. Parmi les questions identiques se trouve, à titre d'exemple, *Are you a smoker?* (P1 - Illustration 25), et *Do you have a fever?* (P3 - Illustration

26). Ceci peut encore une fois s'expliquer par le fait que les étudiants utilisent leurs connaissances et leurs acquis pour former leurs questions, mais cela peut également s'expliquer par le fait que les questions des documents ne sont pas utilisables à l'identique dans les consultations créées pour l'évaluation finale.

	Any	Are you	Have you	How long	Do you	Did you	TOTAL
P1	0	2	3	1	1	0	7
P2	0	0	0	0	0	0	0
P3	0	0	2	0	1	0	3

Tableau 86 : Comparatif du nombre de questions identiques présentes dans les documents et dans les productions orales

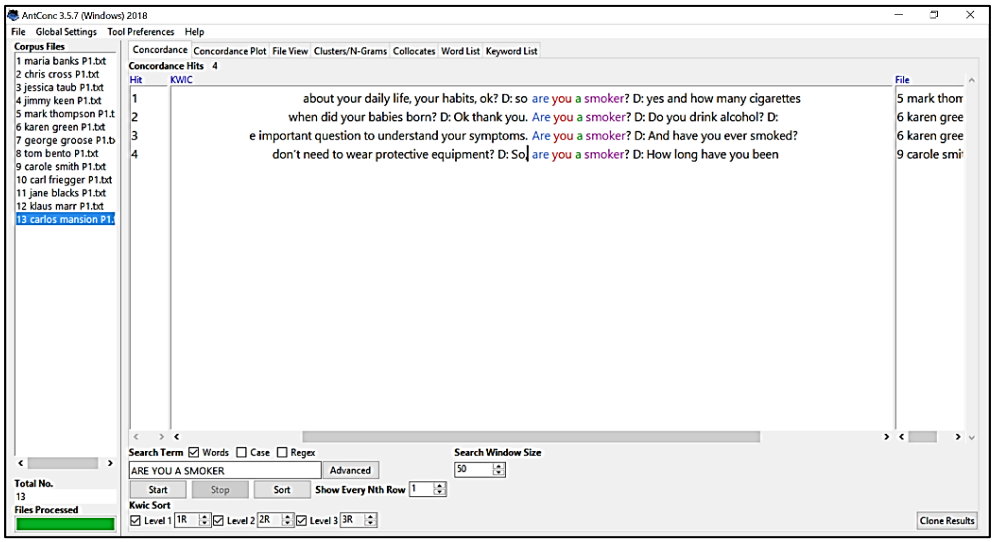


Illustration 25 : Capture d'écran de la question *Are you a smoker?* posée par les étudiants du P1 (*AntConc*)

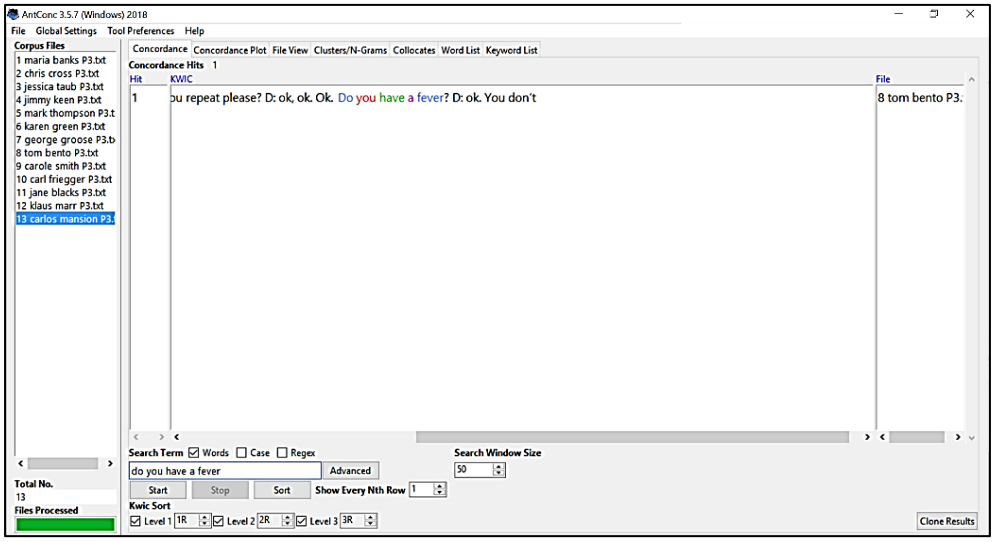
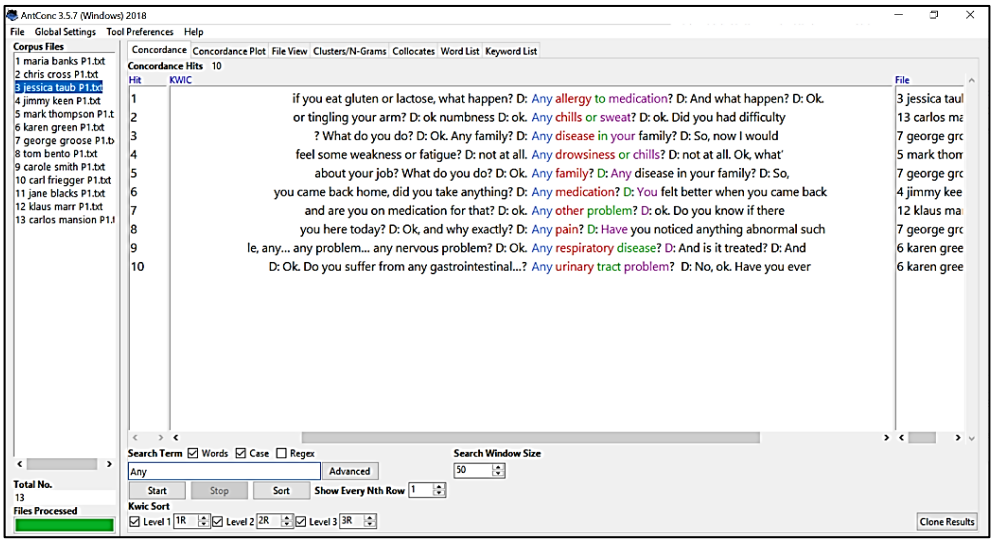


Illustration 26 : Capture d'écran de la question *Do you have a fever?* posée par les étudiants du P3 (*AntConc*)

C'est pourquoi, face à ces résultats, il a été décidé de compter le nombre de questions des productions orales des étudiants qui utilisent la même racine que celles des documents (Tableau 87). Ces résultats montrent une utilisation plus nombreuse de ces questions (Illustration 27). Les étudiants du P3 sont ceux qui en utilisent le plus (85), malgré la présence de seulement 23 dans les documents étudiés : ces étudiants semblent alors plus à même d'utiliser les racines des questions pour en former de nouvelles. De plus, 34 de ces questions sont formées sur la base de *Have you*, qui a souvent tendance à mener à des erreurs grammaticales en raison de l'emploi du *present perfect*. Cependant, il n'est pas possible d'attester que les étudiants utilisent ces questions grâce à l'apprentissage qui a été fait par le biais des documents, puisque les six catégories représentent des questions relativement simples et que leur apprentissage se fait bien souvent dans le secondaire. Il apparaît alors que le comparatif entre le nombre de questions posées par les étudiants, et celles présentes dans les documents, ne suffit pas à répondre à notre hypothèse selon laquelle l'utilisation de séries télévisées impacte la capacité des étudiants à communiquer dans un contexte de consultation médicale. Il est alors nécessaire de poursuivre les analyses.

	Any	Are you	Have you	How long	Do you	Did you	TOTAL
P1	10	5	11	3	39	0	68
P2	6	1	7	0	2	0	16
P3	7	1	34	3	40	0	85

Tableau 87 : Comparatif du nombre de questions construites sur la même racine présentes dans les documents et dans les productions orales



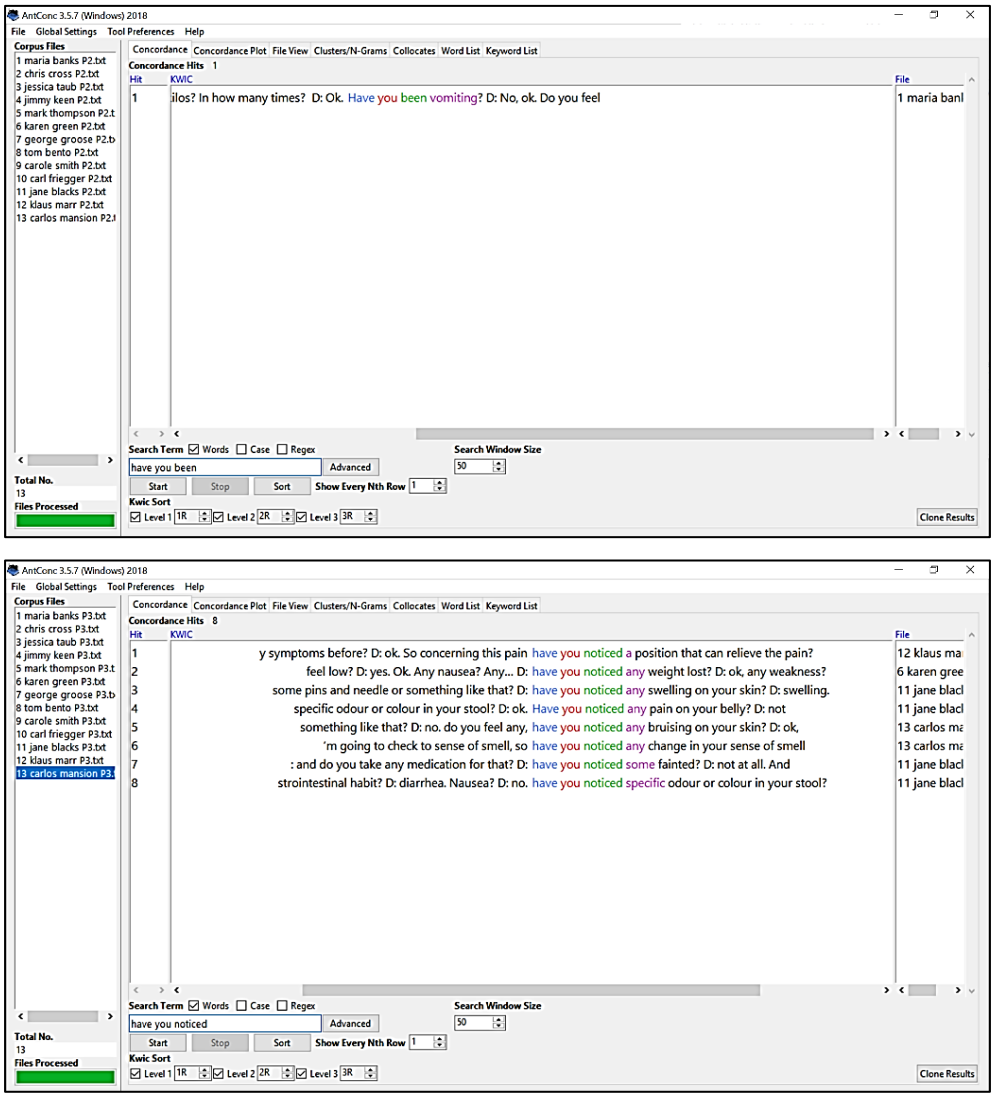


Illustration 27 : Exemples de questions d'étudiants formées sur le modèle de celles présentes dans les documents

10.2.1.2. Examen physique

Les expressions propres à l'examen physique ont été relevées dans les documents du TD5 de chaque programme : on compte 23 expressions pour le P1 et 10 pour les P2 et P3 qui utilisent les mêmes documents. Ces expressions ont ensuite été regroupées en catégories fonctionnant sur la même racine. On dénombre alors neuf catégories pour le P1, et huit pour les P2 et P3. De ces expressions ont été extraites des unités lexicales ou grammaticales visant à être utilisées dans *AntConc* (Tableau 88, Tableau 89). Les étudiants du P1 ont utilisés 61 expressions similaires à celles des documents, les étudiants du P2 en

ont utilisé 16 et pour le P3, un seul étudiant en a utilisé une. Parmi les expressions mises à jour dans *AntConc*, certaines ont ensuite été retirées du total car elles ne correspondent pas au sens de l'expression du document, ou elles ne sont pas grammaticalement correctes. Par exemple, lorsque les étudiants du P1 utilisent l'expression *would you mind if*, si la structure qui suit n'est pas grammaticalement correcte, ces expressions ne sont pas prises en compte. Le nombre total d'expressions correctement employées est reporté dans les tableaux, et il est de 56 pour le P1, 16 pour le P2 et une pour le P3.

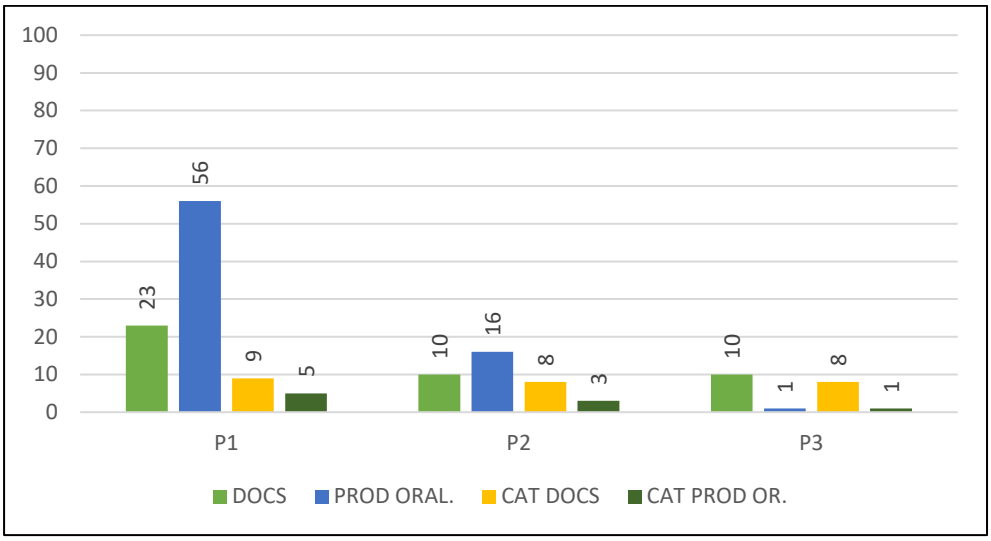
EXPRESSIONS DES DOCUMENTS	n	Prod Orale	n
BP was one hundred and seventy-three over one hundred and one Pulse eighty-six.	2	BP… pulse …	32
Could you say 99 for me?	1	could you…	8
Deep breath for me	1	deep breath	
I want to have a listen to your	1	I want to…	
I'd like you to do is pull on your I'd like you to take some deep breaths for me	2	I'd like you to…	
I'm going to feel for I'm going to tap on your I'm just going to have a feel at your I'm just going to have a look at you from the end of the bed. I'm just going to more closely inspect your I'm just going to start with some inspection I'm now going to listen across your I'm now going to put my hands around your chest I'm now going to tap on various points of your	9	I'm (just/now) going to…	
If you could just look straight ahead for me If you could just open your mouth for me If you could just sit forward for me If you could just take off your shirt for me If you could just take some deep breaths in and out	5	If you could…	7
Would that be OK?	1	would that be ok ?	6
Would you mind taking your T-shirt off to begin?	1	would you mind… ?	3
TOTAL	23		56

Tableau 88 : Expressions en lien avec l'examen physique présentes dans les documents du TD5 du P1 et dans les productions orales des étudiants du P1

EXPRESSIONS DES DOCUMENTS	n	Prod Orale	P2 n	P3 n
BP 18 over 11		BP…	2	
BP 8 over 2	2			
Breath sounds bilateral	1	breath sounds		
Breathing rate of 5	1	breathing rate		
Crackling	1	crackling		
He needs to be	1	(you) need to…	13	
Heart rate 14		heart rate	1	1
Heartbeat one-fifty.	2	heartbeat		
Take a deep breath	1	deep breath		
Tell me when it hurts the most	1	hurt the most		
TOTAL	10		16	1

Tableau 89 : Expressions en lien avec l'examen physique présentes dans les documents du TD5 du P2 et du P3 et dans les productions orales des étudiants du P2 et du P3

Au regard de ces résultats, il apparaît que seuls les étudiants des P1 utilisent régulièrement des expressions présentes dans les documents. Ceci peut en partie s'expliquer par le fait que ce sont les documents du P1 qui offrent le plus d'expressions en lien avec l'examen clinique (Figure 70), puisqu'il s'agit de documents à visée pédagogique, expliquant probablement le nombre important d'unités lexicales et grammaticales en lien avec la situation décrite.

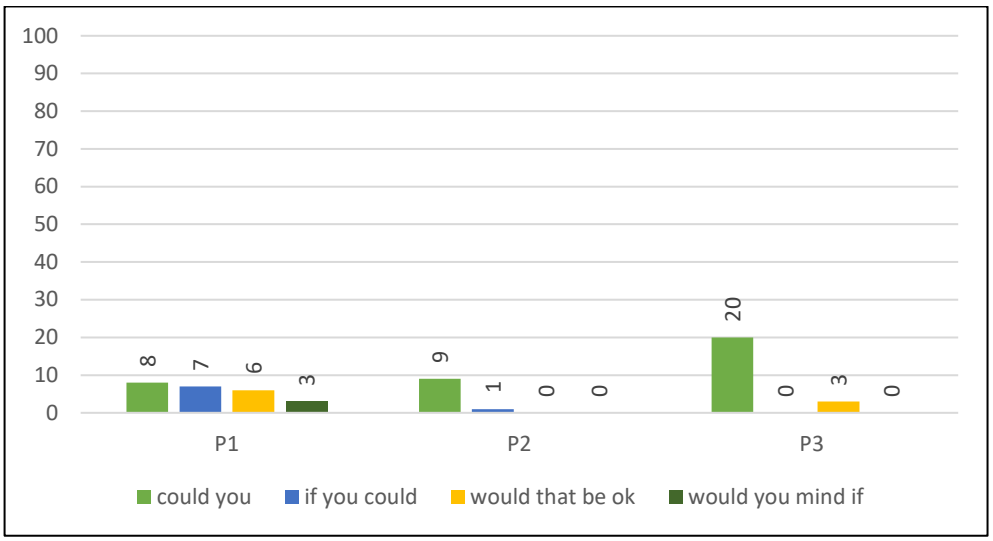


	Documents	Productions orales	Catégories dans les documents	Catégories dans les productions
P1	23	56	9	5
P2	10	16	8	3
P3	10	1	8	1
Moyenne	14,33	24,33	19	3
ET	7,51	28,43	0,58	2

Figure 70 : Nombre d'expressions en lien avec l'examen physique utilisées par les étudiants des trois programmes dans leurs productions orales

Cependant, afin de s'assurer que cette utilisation est en lien avec les documents, et non avec leurs connaissances antérieures, quatre catégories d'expressions ont également été recherchées dans les productions des étudiants des P2 et P3 : *could you*, *if you could*, *would that be ok* et *would you mind if* (Figure 71). Ces expressions ne sont pas présentes dans les documents utilisés lors du TD5 des P2 et P3. Ainsi, si les étudiants les utilisent, il se peut que ce soit grâce à leurs connaissances antérieures, et non grâce à l'étude de ces documents, ce qui viendrait invalider l'hypothèse selon laquelle les documents utilisés en cours aident les étudiants à mieux communiquer lors d'une consultation médicale, en leur apprenant des expressions en lien avec la pratique médicale.

La structure *could you* est reprise par les étudiants des trois programmes, avec une utilisation plus forte chez les étudiants du P3. Cette structure est apprise très tôt dans leur cursus scolaire, il est donc compréhensible qu'ils en fassent usage. Ainsi, les résultats des étudiants du P1 face à cette expression n'expliquent pas le bénéfice de l'utilisation des documents. Cependant, pour les trois autres expressions, les étudiants du P1 restent majoritaires concernant leur emploi. Ces expressions sont peut-être moins courantes lors de l'apprentissage de l'anglais dans le secondaire ; cela suggère alors que le contenu des documents utilisés en cours peut impacter la manière de communiquer des étudiants. Mais pour cela, il faut que les expressions soient fréquentes dans les documents pour que les étudiants puissent se les approprier.



	could you	if you could	would that be ok	would you mind if
P1	8	7	6	3
P2	9	1	0	0
P3	20	0	3	0
Moyenne	12,33	2,67	3	1
ET	6,66	3,79	3	1,73

Figure 71 : Utilisation de quatre expressions dans les productions orales des étudiants des trois programmes

10.2.1.3. Annonce du diagnostic

Face à ces résultats, la même opération a été menée sur les expressions utilisées lors de l'annonce du diagnostic dans les documents des trois programmes. Les expressions ont été relevées dans les documents des TD 9 et 11 de chaque programme : on compte 33 expressions pour le P1, 8 pour le P2 et 20 pour le P3. Ces expressions ont ensuite été regroupées entre elles si elles utilisaient les mêmes bases : par exemple *I'm sorry – I'm very sorry – Sorry to say* (P3). On dénombre 32 catégories pour le P1, huit pour le P2 et 17 pour le P3. Tout comme pour les expressions de l'examen physique, des unités lexicales ou grammaticales visant à être utilisées dans *AntConc* ont été extraites (Tableau 90, Tableau 91, Tableau 92). Parmi les expressions employées par les étudiants, certaines ont été retirées du total car elles ne correspondent pas au sens de l'expression du document, ou elles ne sont pas grammaticalement correctes. Par exemple, lorsque les étudiants annoncent le diagnostic au patient en utilisant l'expression *you have*, si le nom de la maladie comporte une erreur (*Alzheimer disease* au lieu de *Alzheimer's disease*), ou si un article est apposé devant (*a diabetes* au lieu de *diabetes*), ces expressions sont décomptées du total. Ainsi, le nombre qui correspond aux expressions correctement employées est de 40 pour le P1, 24 pour le P2 et 26 pour le P3.

EXPRESSIONS DES DOCUMENTS	n	Prod Orale P1	n
Did you speak with your family doctor before coming today?	1	did you speak…	
Explain some of the options that are available for you	1	options	
Fortunately	1	fortunately	
I know	1	I know	
I want to tell you	1	I want to tell you	
I will prescribe	1	I will prescribe	14
I'm just wanting to see what your expectation for being here today is.	1	I'm wanting to see expectations	
Is there anyone with you here today?	1	is there anyone…	
It is most important that you	1	it is most important	
It may only be temporary	1	temporary	
It means that you will have to	1	it means…	1
It says that you do have	1	you have…	10
Just take some time	1	take some time	
That's not the result we hoped for	1	that's the result	
The plan today is first of all to inform you	1	plan	
The tests show that you have	1	test show	
The trouble with you is that	1	trouble is	
These will control the condition	1	control	6
This condition is really like	1	condition is	
This is difficult	1	difficult	
This is not the news you wanted to have	1	news	
This is something a lot of people can cope with	1	cope with	3
This is very hard to say	1	hard to say	1
This requires	1	require	
This won't cure it	1	cure	
Unfortunately	1	unfortunately	
We are truly sorry		sorry	4
We're very sorry	2		
We can always consider an operation	1	consider	
We can help to	1	help to	
We'd like to explain	1	like to explain	
Were you expecting that?	1	expect	
You needn't feel frightened	1	frightened	1
Total	33		40

Tableau 90 : Expressions en lien avec l'annonce du diagnostic présentes dans les documents des TD9 et 11 du P1 et dans les productions orales des étudiants du P1

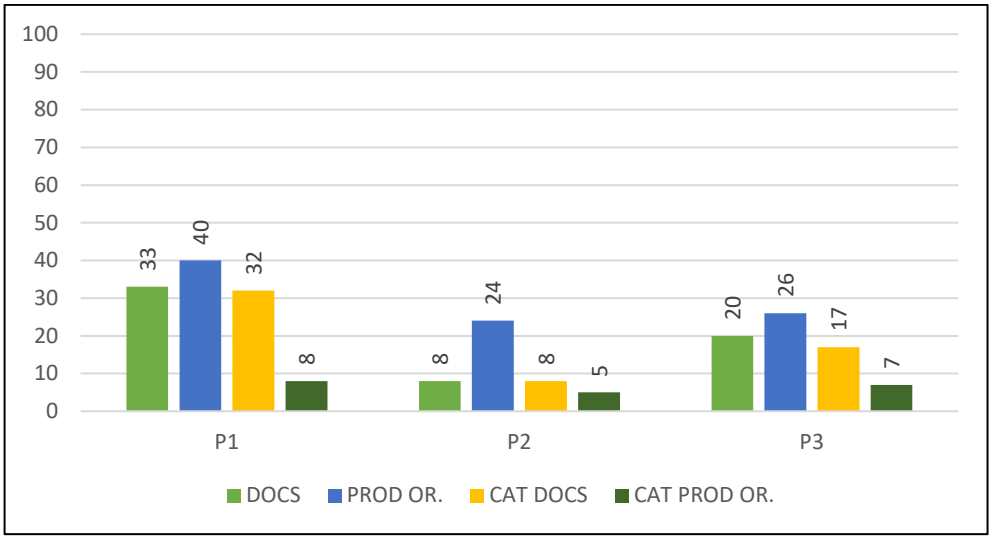
EXPRESSIONS DES DOCUMENTS	n	Prod Orale P2	n
I got your new test results back	1	back	1
I understand why you're angry	1	understand	1
I'm sorry	1	sorry	9
It's inoperable	1	inoperable	
There's nothing we can do except	1	there's nothing	
You have	1	you have	12
Your tests were positive	1	your test	
You're dying	1	you're dying	1
Total	8		24

Tableau 91 : Expressions en lien avec l'annonce du diagnostic présentes dans les documents des TD9 et 11 du P2 et dans les productions orales des étudiants du P2

EXPRESSIONS DES DOCUMENTS	n	Prod Orale P3	n
Believe me	1	believe me	
Due the highly contagious nature of the virus, you will	1	due to	
He'll be just fine	1	you will be	1
He's been put on life support	1	life support	
I got your test results	1	test result	
I know it's hard to understand	1	I know it's hard	5
I'm afraid he no longer has		afraid	2
I'm afraid you both have	2		
I'm sorry		sorry	1
I'm very sorry			
Sorry to say	3		
It's too late	1	late	
It's very contagious	1	contagious	2
There's nothing I can do	1	there's nothing	
Will cause	1	will cause	
You can go hours feeling nothing	1	go hours	
You have	1	you have	14
You may get	1	may get	
You may want to avoid	1	want to avoid	
You will more than likely develop	1	develop	1
Total	20		26

Tableau 92 : Expressions en lien avec l'annonce du diagnostic présentes dans les documents des TD9 et 11 du P3 et dans les productions orales des étudiants du P3

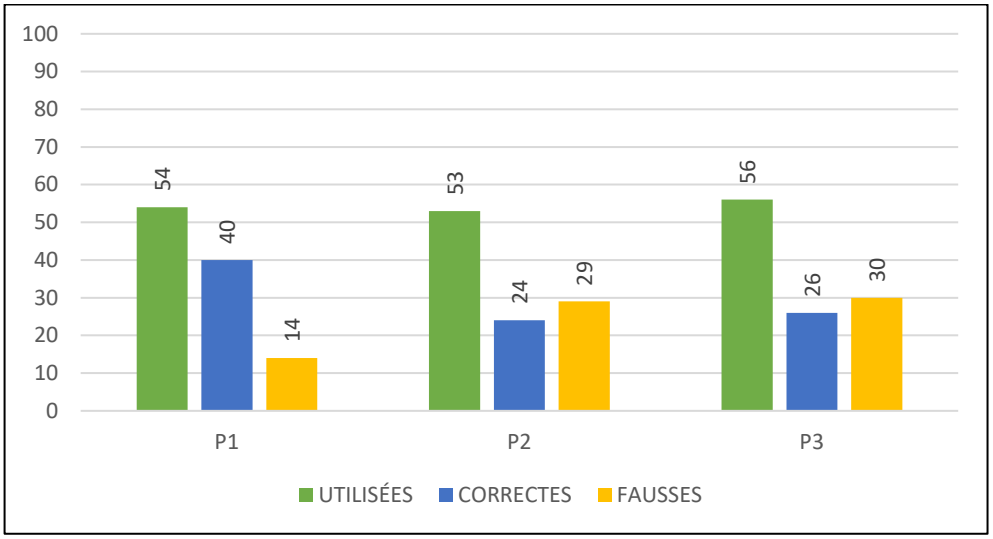
Les documents du P1 sont ceux qui, à nouveau, offrent le plus d'exemples d'expressions en lien avec l'annonce du diagnostic, et ce sont ces étudiants qui en utilisent le plus. Les productions orales des étudiants du P2 font également état de 24 expressions alors qu'ils y ont très peu confrontés. Il semble alors que le lien entre quantité d'exposition et utilisation ait un réel impact sur la capacité communicative des étudiants (Figure 72).



	Documents	Productions orales	Catégories dans les documents	Catégories dans les productions
P1	33	40	32	8
P2	8	24	8	5
P3	20	26	17	7
Moyenne	20,33	30	19	6,67
ET	12,50	8,72	12,12	1,53

Figure 72 : Nombre d'expressions en lien avec l'annonce du diagnostic utilisées par les étudiants des trois programmes dans leurs productions orales

Le facteur d'exposition semble aussi influencer la qualité des productions orales ; en effet, les étudiants du P1, qui sont le plus exposés aux expressions en lien avec l'annonce du diagnostic, sont ceux qui font le moins d'erreurs en les utilisant lors de l'évaluation finale (Figure 73).



	EXP. UTILISÉES	EXP. CORRECTES	EXP. FAUSSES
P1	54	40	14
P2	53	24	29
P3	56	26	30
Moyenne	54,33	30	24,33
ET	1,53	8,72	8,96

Figure 73 : Quantité et qualité de l'utilisation d'expressions en lien avec l'annonce du diagnostic lors de l'évaluation finale

Ce comparatif entre fréquence d'exposition et fréquence d'utilisation étant fait, nous pouvons nous tourner vers l'analyse discursive contextualisée de ces routines.

10.2.2. Analyse discursive des routines de la consultation médicale

Dans cette analyse, deux points seront traités ; tout d'abord, nous nous intéresserons à l'annonce du diagnostic en dressant une comparaison entre la méthode utilisée dans les documents et la manière dont les étudiants s'y prennent. Ensuite, nous nous concentrerons sur le discours du médecin concernant la prévention de facteurs de risque.

10.2.2.1. Annonce du diagnostic

Une analyse a été menée en confrontant la manière dont les diagnostics sont annoncés dans les documents des trois programmes et dans les productions orales. Pour cela, un tableau a été créé, reprenant les éléments clefs de l'annonce des diagnostics dans chaque document de chaque programme. Les critères de jugements sélectionnés correspondent à ceux décrits en 5.3.3 et ont été répartis en deux catégories : le savoir-faire qui concerne la manière d'annoncer le diagnostic, et le savoir-être qui concerne la posture du médecin. Il est intéressant de remarquer que les extraits tirés des trois corpus montrent des différences de stratégies énonciatives.

Dans les documents du P1, le médecin tente de se mettre au niveau du patient en adaptant son discours à la situation et au patient, par exemple lorsque le patient est un enfant :

> Many other boys and girls, some much younger than you, soon learn to do it. (TD9 - P1 - *4 diagnoses*)

Le lexique employé lors de l'annonce est simple, facile à comprendre pour le patient :

> You have got a nasty growth in the bowel. (TD9 - P1 -*4 diagnoses*)

Le médecin tente de faire preuve d'empathie et d'encouragement :

> So you needn't feel frightened. (TD9 - P1 - *4 diagnoses*)
> This is something a lot of people can cope with. (TD9 - P1 - *4 diagnoses*)

> Oh, I know. This is not the news you wanted to have. I know that. (TD9 - P1 - *Giving bad news*)

Également, des solutions ou du soutien sont proposés au patient:

> Fortunately (…) you will be able to modify your life so that it does not trouble you so much. Although this won't cure it, it will control the discomfort. (TD9 - P1 - *4 diagnoses*)

> The plan today is first of all to inform you, and then to help you along the path that this diagnosis will…has given you. (TD9 - P1 - *Giving bad news*)

Enfin, le médecin fait preuve d'honnêteté, mais modère son propos afin de ne pas le rendre trop direct :

> Unfortunately, the attacks you have been having are shown to be quite severe. (TD9 - P1 - *4 diagnoses*)

> It is far too dangerous to leave it. (TD9 - P1 - *4 diagnoses*)

Dans les documents du P2, certains points sont similaires, comme le fait que le médecin qui annonce la nouvelle fait preuve d'honnêteté :

> You're dying. In a few hours There's nothing we can do. (TD9 - P2 - *House, M.D.*, S1E21)

Toutefois, dans ces extraits, l'honnêteté est envisagée d'une manière différente : le médecin n'est pas honnête dans le but de laisser de l'espoir au patient, mais pour le confronter à la réalité. De ce fait, le discours est beaucoup plus franc et direct :

> A lot of people are afraid of the word dying. If you pussyfoot around it, she's not going to read your mind. (TD9 - P2 - *House, M.D.*, S3E20)

La manière d'annoncer le diagnostic diffère également du P1. Dans les extraits du P2, le médecin emploie du lexique spécialisé :

> You have a small cell lung carcinoma. It caused a paraneoplastic neurologic syndrome. (TD9 - P2 - *House, M.D.*, S3E06)

> The biopsy looked like adenocarcinoma. (TD9 - P2 - *House, M.D.*, S4E09)

Enfin, les solutions proposées aux patients sont moins positives, mais cela peut venir du fait que les extraits viennent d'une série télévisée dramatique :

> There's nothing we can do except deal with the pain. (TD9 - P2 - *House, M.D.*, S1E21)

> It's inoperable, but there are radiation treatments available. (TD9 - P2 - *House, M.D.*, S3E06)

Les documents du P3 semblent offrir un compromis entre la manière d'annoncer le diagnostic telle que présentée dans les documents du P1 et du P2. Le diagnostic est annoncé avec un lexique accessible :

> I'm afraid you both have the mumps. (TD9 - P3 - *Brooklyn Nine-Nine*, S3E12)

> You have a kidney stone. (TD9 - P3 - *Cougar Town*, S4E09)

> You did have a small heart episode. What you have is a very minor arrhythmia, known as Wolff-Parkinson-White syndrome. (TD9 - P3 - *Modern Family*, S4E15)

Le fait d'utiliser à la fois une série médicale et des séries non médicales offre un panorama plus grand du reflet de l'honnêteté du médecin. En effet, selon la gravité du diagnostic, les étudiants apprennent à mesurer le poids de leur parole :

> Sorry to say, it's very contagious. (TD9 - P3 - *Brooklyn Nine-Nine*, S3E12)

> Well, it's not nothing. (TD9 - P3 - *Modern Family*, S4E15)

> You're dying. In a few hours. (TD9 - P3 - *House, M.D.*, S1E21)

Ceci est également vrai pour l'introduction de solutions proposées au patient :

> Due to the highly contagious nature of the virus, you will both be quarantined to your houses for the next nine days. (TD9 - P3 - *Brooklyn Nine-Nine*, S3E12)

> We'll treat it with medication and have you back in a couple of days. In the meantime, just take it easy. (TD9 - P3 - *Modern Family*, S4E15)

> It's inoperable, but there are radiation treatments available. (TD9 - P3 - *House, M.D.*, S3E06)

L'analyse de ces extraits indique des divergences dans la manière d'annoncer un diagnostic. Il est alors intéressant d'étudier la manière dont les participants à notre étude ont géré cette étape de la consultation, dans le but de révéler la présence ou non d'éléments similaires, qui pourraient venir appuyer notre hypothèse de départ.

Tout d'abord, concernant la manière dont la maladie est présentée au patient, on note quelques différences entre les trois groupes. Tout comme les documents, les étudiants du P1 tendent à employer un lexique non spécialisé pour expliquer la pathologie du patient :

> It's when the pressure of your blood in the vessels is too high. (P1-12)

> There is too much pressure against the linings of your vessels. (P1-13)

> It's a disease which affects the nerves and can cause the numbness and the tingling you've been feeling. (P1-22)

Les étudiants du P2, quant à eux, font appel à davantage de lexique spécialisé. Même si l'on compte une plus grande part de lexique spécialisé dans les discours des étudiants du P2 par rapport à ceux du P1, il faut tout de même insister sur le fait que la majorité d'entre eux utilise un lexique simple :

> It consists to excise the part of your colon that is not normal. (P2-32)
>
> You have a growth, a mass in your colon. (P2-33)
>
> The disease affect your cardiovascular system. (P2-62)

Le même schéma se retrouve dans les productions orales des étudiants du P3 :

> Masses can be caused by many diseases and they can be benign too. (P3-67)
>
> It's an infection of your lungs that can be due to a bacteria or a virus. (P3-68)
>
> Type I diabetes, is corresponding to a lack of insulin secretion because of the destruction of beta cells by the immune system. (P3-81)

Ainsi, sur ce point, il semble que les documents ont une influence sur la manière de communiquer des étudiants. Ceux du P1 ont largement tendance à utiliser un lexique courant, par rapport à ceux des P2 et P3. Il est légitime que les étudiants du P3 fassent l'amalgame entre lexique courant et lexique spécialisé lors de l'explication de la pathologie, puisque les documents utilisés pour ce programme en donnent l'exemple. Toutefois, il est surprenant que les étudiants du P2 en fassent de même sachant que les extraits de *House, M.D.* emploient principalement du lexique spécialisé pour définir la pathologie lors de l'annonce au patient.

La seconde nuance qui apparaît dans l'étude des scripts des trois programmes concerne l'honnêteté du médecin vis-à-vis du pronostic du patient. Contrairement au P1, les pronostics des patients dans les extraits du P2 sont très largement défavorables ; de ce fait, l'honnêteté du médecin est confrontée à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Ceci n'est pas toujours le cas dans les documents des P1 et P3, et n'est pas non plus le cas dans les cas cliniques de l'évaluation finale. Ainsi, dans le but de comparer la manière dont les étudiants font preuve d'honnêteté, nous avons sélectionné deux cas cliniques aux pronostics différents ; celui de Mark Thompson (*high blood pressure*) et celui de Maria Banks (*colon cancer*) (Tableau 93). Les

étudiants des trois programmes font preuve d'honnêteté envers le patient en lui annonçant l'issue pour lui. Cela étant, la manière de s'y prendre n'est pas la même entre les trois programmes. Les étudiants du P2 sont beaucoup plus directs lorsqu'ils annoncent la mauvaise nouvelle.

	P1	P2	P3
colon cancer	You'll be fine we hope. (1)	We often think about cancer like a serious disease. Yes it's a serious disease. (33) I want you to understand that it's something like heavy. It's not nothing. (34)	The most early we discover a cancer, the more… the risk of death is… better… (65) For this type of cancer the prognosis is most of the time good. (66)
high blood pressure	It can leads to event just like a stroke (12) Which can lead to many complication: the first complications are heart disease but you also can have kidney disease and a lot of other disease. (13)	Not a serious disease. It's curable disease. (45)	The HBP would come back and this is not what we want of course! (75) This disease can lead to lots of problem like kidney damage, stroke, heart attack. (76)

Tableau 93 : Extraits de l'annonce du diagnostic dans les productions orales de deux cas cliniques

D'autres exemples, encore plus probants, peuvent être trouvés chez d'autres participants :

> It will kill you. (P2-42)
>
> It's very severe. You can die. (P2-60)

Les étudiants du P1 interrogés sur ces deux cas cliniques font preuve de plus de diplomatie lors de l'annonce de la mauvaise nouvelle. Ceci se retrouve aussi dans d'autres productions orales :

> It's not something that you can cure. It's something that you will learn to live with. (P1-18)
>
> It's pretty… it could have been more serious. (P1-28)

Tout comme les documents visionnés pendant le semestre, les étudiants du P3 semblent osciller entre une confrontation directe à la réalité et un nuancement de leur propos :

> It's a very important diagnosis. There is no cure for that. I'm not gonna lie. (P3-72)
>
> It will get worse eventually. (P3-84)
>
> It could have been worse. It's good that you came here. It could lead to death sometimes. (P3-94)

Ainsi, on note ici aussi une influence des documents sur l'annonce du diagnostic. Cette fois, elle concerne la manière dont les étudiants annoncent la mauvaise nouvelle au patient. Ceux qui ont été confrontés à des documents incisifs (P2) ont tendance à être très directs dans leur propos. Les étudiants du P1 font preuve de plus de diplomatie, et ceux du P3 oscillent entre approche directe et approche indirecte. Ceci est conforté par l'utilisation de lexique lié à la mort dans les productions orales des étudiants. Un étudiant du P1 et un du P2 font usage de l'expression *you're dying* :

> We are going to give you some treatment for you to keep going with this disease without you dying ok? (P1-30)
>
> So no, you're not dying, not at the moment. (P1-32)

Par contre, l'utilisation du verbe *die* est présente dans les productions orales du P2 et totalement absente de celles des deux autres groupes :

> No, you're not going to die. (P2-33)
>
> And so you die, it will kill you. (P2-42)
>
> No, you will not die of the disease. (P2-48)
>
> It's very severe and you can die. (P2-60)

10.2.2.2. Prévention des facteurs de risque : le cas du tabagisme

Un autre exemple démontrant l'influence des documents sur la manière d'aborder un problème avec les patients se trouve dans les discussions liées au tabagisme. La prévention fait partie du rôle du médecin, notamment en fin de consultation, lorsque celle-ci peut impacter l'implication du patient

dans le protocole de soins (cf. 2.1). Nous nous sommes donc penchés sur les éléments du discours des étudiants en lien avec ce problème de santé publique. Le constat fait par les étudiants des trois groupes sur la consommation des patients use des mêmes stratégies : une emphase est faite sur la quantité de cigarettes fumées :

> You smoke a lot. (P1-10)
>
> You smoke a lot per day. (P1-11)
>
> You smoke a lot of cigarettes. (P2-64)
>
> You smoke too much. (P3-73)
>
> It's quite a lot. (P3-94)

Une nuance s'opère cependant dans l'incitation du patient à arrêter de fumer. Une majorité d'étudiants passe par une approche subtile :

> I think it would be better if you smoke a little bit less. I think it's time to begin to stop smoking. (P1-10)
>
> It would be better that you stop yes. P1-(30)
>
> It's better to stop, it can make thing worse, it's better for your health. (P2-41)
>
> It's better for your health. (P2-43)
>
> It will be good idea to stop smoking. It's good for your health. (P3-76)

Toutefois, certains étudiants sont beaucoup plus incisifs dans leur approche :

> I advise you to stop smoking. (P2-42)
>
> You have to reduce. (P3-73)
>
> You have to start slowing it down. (P3-74)

Les énoncés jugés plus subtils proviennent d'étudiants des trois programmes, tandis que ceux qui sont plus directs proviennent des P2 et P3. Il semble alors que le fait de travailler sur des extraits proposant des

approches plus franches et directes de la communication agit sur les représentations des étudiants. On peut, dans le cadre de ces analyses, avancer que l'utilisation de séries télévisées impacte la manière de communiquer des étudiants, en agissant sur leur savoir-faire et leur savoir-être : l'impact de ces documents ne se trouve pas au niveau de l'acquisition de savoirs, mais plutôt au niveau cognitif, en influençant les représentations des étudiants sur ce qu'est la communication médecin/patient. Nous allons de ce fait, poursuivre cette analyse en étudiant l'utilisation des marqueurs discursifs dans les productions orales des étudiants des trois programmes.

10.2.3. Analyse conversationnelle

Afin de vérifier s'il existe réellement un impact cognitif de l'utilisation des séries télévisées entraînant une modification du schéma communicatif chez les étudiants, une analyse conversationnelle a été menée en comparant les documents et les productions orales. Trois points d'analyse ont été choisis, à savoir l'emploi des marqueurs discursifs, la reformulation et les tours de parole.

10.2.3.1. Marqueurs discursifs

Nous sommes intéressés aux marqueurs discursifs présents dans les documents et dans les productions orales des participants à l'étude (cf. 7.2.4). Pour cela, le nombre d'occurrence des marqueurs a été compté dans les scripts des programmes et dans les productions orales des étudiants (Tableau 94).

À première vue, il apparaît que les étudiants du P1 sont les plus exposés à ces marqueurs (n=242), et que ceux-ci représentent 19,52 % des types contenus dans la WL PROG 1. Toutefois, l'utilisation de ces marqueurs par les étudiants ne diffère que très peu entre les trois programmes (P1 – n= 796 ; P2 – n= 722 ; P3 – n= 739). De ce fait, une ANOVA a été réalisée sur ces données dans le but de vérifier si les différences d'utilisation des marqueurs discursifs étaient significativement différentes. La différence de

présence des marqueurs dans les documents des trois programmes n'est pas significative (*p*=0,059619), tout comme dans les transcriptions des productions orales (*p*=0,994536).

	WL PROG P1	WL PROD ORALE P1	WL PROG P2	WL PROD ORALE P3	WL PROG P3	WL PROD ORALE P3
just	44	64	28	31	33	20
now	9	4		2		6
so	21	153	16	132	22	80
ok	41	500	16	500	11	559
well	48	20	11	18	15	24
you know	8	3		3	3	11
I know	2					
right	8	5		6	1	4
oh	23	12	3	6	9	5
good	4	1	3	1	3	8
I think	3	3				
yeah	4	2	3	4	1	
really	6		5			
quite	13	9	2	9	2	7
actually	6	5	3	1	6	1
great	1	4	2	1	2	5
kind	10	11	3	8	3	9
catégories présentes	17/17	15/17	12/17	14/17	13/17	13/17
total	242	796	93	722	110	739
nombre de types dans la WL	1 240	1 377	1 221	1357	1 294	1 448
%	19,52	57,81	7,62	53,21	8,5	51,1

Tableau 94 : Occurrences des marqueurs discursifs dans les scripts des trois programmes et dans les productions orales des étudiants

Face à ce constat, une analyse approfondie de la présence de ces marqueurs a été faite. Deux marqueurs ont été ciblés dans le but de vérifier s'il existe des similitudes d'emploi entre les scripts des documents et les productions orales ; il s'agit des marqueurs *kind* et *oh*. Ces marqueurs ont été sélectionnés car des différences entre exposition et utilisation existent entre les trois groupes : les étudiants des P2 et P3 y sont peu exposés mais les utilisent autant que ceux du P1, qui y sont plus exposés.

Le marqueur *kind* est plus présent dans les documents du P1 (n=10), pourtant les étudiants des trois groupes l'utilisent de façon équivalente lors

de l'évaluation finale (P1 – n=11 ; P2 – n=8 ; P3 – n=9). On note que dans les documents, *kind* est principalement employé dans le but de classifier l'élément qu'il précède :

> a sort of dull and throbbing *kind* of pain (P1 - TD3 - Mr Husdon)
>
> which is a *kind* of large blood clot (P1 - TD9 - Disclosure)
>
> it's *kind* of like rings on a tree (P2 - TD1 - *House, M.D.* - S1E11)
>
> different *kind* of diabetes (P2, P3 - TD4 - *House, M.D.* - S3E16)

Les étudiants utilisent également ce marqueur dans le même but, même si la majorité d'entre eux l'utilise dans une forme interrogative, alors que celles-ci ne sont pas présentes dans les documents :

> do you take any *kind* of contraception? (P1 - 1)
>
> this is for you smoking addiction *kind* of thing. (P1 - 11)
>
> what *kind* of alcohol? (P2 - 46)
>
> what *kind* of cancer? (P2 - 38)
>
> what *kind* of pain? (P2 - 42)
>
> what *kind* of allergies? (P3 - 79)
>
> what *kind* of sex (P3 - 65)?
>
> what *kind* of sports ? (P3 - 74)

Toutefois, une seconde utilisation de *kind* intervient dans les documents, même si les occurrences sont moins nombreuses. Dans de rares cas, *kind* est employé en synonyme de *quite* :

> *kind* of a common name (P1 - TD9 - Bad news)
>
> that actually sounds *kind* of fun (P3 - TD9 – *Brooklyn 99* - S3E12)

Seul un étudiant du P1 fait usage de cette forme:

> the attacks are *kind* of serious (P1 - 22)

Le marqueur *oh* est employé pour signifier différentes émotions dans les documents, comme la colère, l'empathie, la déception ou encore la surprise (Tableau 95). Les étudiants, quant à eux, en ont une utilisation plus limitée, puisque ce marqueur est employé uniquement pour exprimer la surprise et l'empathie (Tableau 96). Cela peut s'expliquer par le fait que les cas cliniques produits pour l'évaluation finale, et de ce fait les échanges qu'ils engendrent, ne font pas appel à la colère ou à la déception. Il est toutefois intéressant de noter que ce sont les étudiants du P1 qui l'emploient le plus, et qu'ils y sont le plus exposés.

	P1	P2	P3
Surprise	*oh*, I didn't know that (TD1 - Mr Jones)	*oh* yeah? (TD5 - S2E08)	*oh* yeah? (TD5 – *House, M.D.* - S2E08) *oh*, nine days in isolation? (TD9 – Brooklyn 99 – S3E12)
Empathie	*oh*, I know (TD9 - Bad news)		
Colère		*oh*, don't you dare apologize (TD11 - S5E16)	*oh*, don't you dare apologize (TD11 - *House, M.D.* - 516) *oh*, next question (TD4 – The Big Bang Theory - S3E08)
Déception		*oh*, is there something else you can give me (TD11 - S3E10)	*oh*, is there something else you can give me (TD11 – *House, M.D.* - S3E10)

Tableau 95 : Occurrences du marqueur *oh* dans les scripts des documents des trois programmes

	P1	P2	P3
Surprise	*oh*, it's also too high (28) *oh*, it's young (28)	*oh* you are Italian (52) *oh* you lost weight (32)	
Empathie	*oh*, I'm sorry (30)		what type of cancer? *oh* (72)

Tableau 96 : Occurrences du marqueur *oh* dans les productions orales des trois groupes

Enfin, nous avons décidé de comparer l'utilisation du marqueur *you know* dans les scripts et dans les productions orales en nous intéressant à la position de celui-ci dans les phrases. Ce marqueur est surtout présent dans

les documents du P1, et pourtant, ce sont les étudiants du P3 qui l'emploient le plus. Dans les scripts du P1, ce marqueur apparaît en début, au milieu et en fin de phrase :

> *you know*, you could be doing something to help him (TD11 - Mr Vargas)
>
> *you know*, I'm not sleeping well (TD2 - Mrs Brown)
>
> if I have a hot, something spicy, *you know*, like a curry (TD2 - Mrs Brown)
>
> the wife passed away, *you know*, about four months ago (TD4 - Mr Hudson)
>
> not the 1st of April, *you know* (TD6 - Mr Walters)
>
> I've met you several times before, *you know* (TD6 - Mr Walters)
>
> well, apart from my time in the army, *you know* (TD1 - Mr Hudson)
>
> he lives with me, *you know* (TD11 - Mr Vargas)

Les étudiants de ce groupe ne l'utilisent qu'en milieu et fin de phrase:

> because, *you know*, with what happened today (30)
>
> many people can cope with it, *you know* (29)
>
> you have a blood pressure that is a bit high, *you know* (30)

L'effet inverse se retrouve dans l'utilisation de *you know* chez les étudiants du P3. Les documents en font usage en début et milieu de phrase :

> *you know*, when I take my truck in they don't charge me (*The Ranch* - S1E03)
>
> we could be quarantined together, *you know*, work the case (*Brooklyn 99* – S3E12)

Les étudiants de ce groupe l'emploient principalement en milieu et fin de phrase :

> *you know*, a cancer can occur to anyone (66)

you know, you're a bit old (94)

to see people, *you know*, to feel better (78)

if your immune system is not strong enough or, *you know*, for any reason (68)

this information to build you a file and, *you know*, have every information about you (68)

called platelet, *you know*, that matter (88)

it's good for your health, *you know* (76)

of course, *you know* (94)

it's better to not take anything, because, *you know* (94)

Les étudiants du P2 ne sont pas exposés à ce marqueur dans les documents. Pourtant, trois étudiants en font usage, et les trois places sont représentées :

you know, I'm very good at mathematics (52)

in intravenous, so *you know*, it's in the venous (62)

it's a lot, *you know* (44)

Cette analyse nous force à constater que l'emploi des marqueurs discursifs par les étudiants n'est pas en lien avec leur présence dans les documents. En effet, que les étudiants y soient exposés en nombre ne signifie pas qu'ils en feront davantage usage lors de l'évaluation finale. De plus, concernant les marqueurs qui peuvent être mobiles dans une phrase, les étudiants les utilisent principalement en postposition. Il semble alors que l'utilisation qu'ils font de ces marqueurs discursifs n'est pas en lien avec l'enseignement reçu, mais peut être la conséquence d'une acquisition antérieure au module, ou d'une exposition forte à ces marqueurs en dehors de la classe, probablement par le biais du visionnage de séries télévisées ou de films en version originale dans le cadre privé.

10.2.3.2. Reformulation

Le point suivant à discuter dans cette analyse conversationnelle concerne la capacité des étudiants à reformuler leur propos pour le rendre plus accessible au patient, ce qui passe notamment par l'utilisation du verbe *mean* (cf. 7.2.4). Les documents des trois programmes usent de ce procédé :

> your wife's airway was a class II *which means* that we had trouble inserting a breathing tube (P1 - TD11 - Disclosure)
>
> *it means* he's not getting enough oxygen (P2, P3 - TD5 - *House, M.D.* - S2E01)
>
> *this means* she didn't try to kill herself (P2, P3 - TD5 - *House, M.D.* - S5E11)

On remarque toutefois que les documents du P3 qui ne sont pas issus de la série *House, M.D.* ne présentent pas d'exemple de reformulation. Ceci vient sans doute du fait que comme ces séries ne sont pas ancrées dans un contexte médical, l'explicitation des termes n'est pas nécessaire, soit parce qu'ils sont utilisés dans leur forme courante, soit parce que cela n'influe pas sur l'intrigue.

Toutefois, les étudiants des trois programmes utilisent également le verbe *mean* pour expliciter leur propos :

> I have to test your glycemia, *that means* the level of sugar we can find in your blood (18)
>
> actually *it means* that your thyroid doesn't work well (26)
>
> temperature is 38.6, *which means* he has fever (57)
>
> your pulse is 93 *which means* your heart beats too fast (57)
>
> *it means* your appendix is inflamed (87)
>
> dyspnea *which means* shortness of breath (92)

L'utilisation de ce marqueur n'est toutefois pas surprenante puisque le verbe *mean* fait partie du bagage de savoirs des étudiants. Malgré cela, il est intéressant de noter que les étudiants utilisent des stratégies différentes pour

reformuler ou expliquer leur propos, notamment en demandant au patient s'il a compris ce qui venait d'être dit :

> do you know what it is? or I have to explain (62)

> do you know what it is? do you want me to explain? (13)

Une autre stratégie consiste à expliciter un terme en le reformulant à l'aide de lexique courant :

> a full blood count that is to say that we are going to take a little of your blood (88)

Enfin, certains étudiants font preuve d'honnêteté en exprimant leur difficulté à reformuler leur propos de manière simple :

> it's difficult for me to explain differently (21)

> I don't know how to explain that to you (33)

Ainsi, il apparaît que même si les marqueurs discursifs sont largement représentés dans les documents des trois programmes, cela n'influent pas sur leur utilisation par les étudiants. On peut alors penser que ces marqueurs font déjà partie des acquis des étudiants et que la fréquence d'exposition dans les documents ne fait que renforcer leur emploi dans le contexte de la consultation médicale.

10.2.3.3. Analyse des tours de parole

L'étude des tours de parole au sein d'une conversation fait partie des points centraux de l'analyse conversationnelle. De ce fait, nous nous y sommes intéressés, en comparant leur organisation dans les documents de chaque programme et dans les productions orales issues des évaluations finales. Au sein de chaque programme, un document a été sélectionné pour l'analyse ; le critère principal était que celui-ci devait mettre en scène une conversation entre un médecin et un patient lors de l'interrogatoire de ce dernier. Par la suite, six extraits de productions orales ont été sélectionnés : deux étudiants de chaque programme interrogés sur le même cas clinique (*Carole Smith* –

multiple sclerosis). Pour chaque extrait, nous avons sélectionné le passage qui correspondait à l'ouverture de la consultation avec l'annonce par le patient du symptôme principal. Notre but est d'analyser la construction de la conversation, et de repérer de possibles similitudes entre les documents et les productions des étudiants.

Extrait 1 : P1, TD3, *Mr Hall*

D: good morning Mr Hall. What's brought you along today?
P: well, you see doctor, I've been having those headaches, you see...
D: and how long have they been bothering you?
P: well, they started about, well it must have been about three months ago.
D: I see. And which part of your head is affected?
P: well, it is right across the front here.
D: and can you describe the pain?
P: it's a sort of dull, dull and throbbing kind of pain.
D: I see, and do they come on at any particular time?
P: they seem to be, they are usually worse in the morning. I notice them when I wake up.
D: and is there anything that makes them better?
P: well, if I lie down for a while, they seem to get, they go away.

Cet extrait se compose de six questions. La première est une question neutre d'ouverture, incitant le patient à expliquer la raison qui motive sa venue. Les suivantes sont toutes des questions longues, qui s'enchaînent dans le but d'obtenir davantage de précisions sur le symptôme premier. Les réponses du patient à ces questions sont longues et détaillées également.

Extrait 2 : P2, TD3, *House, M.D.* - S3E19

D: Guy's peeing all the time. Any other symptoms?
P: My stomach hurts. I have back pain and muscle aches, I feel dizzy and I have trouble concentrating sometimes in class.
D: Any fever?
P: No.
D: Anything in your pee other than pee?
P: No.

Cet extrait contient uniquement trois questions courtes, qui cherchent à envisager le symptôme premier dans sa globalité. Hormis la première réponse donnée par le patient, les autres sont courtes, avec un seul mot.

Extrait 3 : P2-P3, TD4, *House, M.D.* - S3E16

P: Nope. Besides my OCD, I'm fit as a fiddle.
D: You have OCD?
P: Can't you tell?
D: Any other compulsions besides drinking massive amounts of water?
P: No, that's it. Thank God. My therapist says it could be a lot worse.
D: You get up in the middle of the night to drink?
P: Yeah. Every couple of hours.

Ce troisième extrait ne compte également que trois questions : deux formes déclaratives et une question courte. Les réponses données par le patient sont également succinctes, bien qu'elles donnent quelques éléments supplémentaires par rapport à l'extrait 2.

Ces trois extraits nous apportent un éclairage sur les travers d'une communication inadaptée de la part du médecin. En effet, la différence nette d'intérêt du médecin pour le problème de son patient entre le premier extrait et les deux scènes de *House, M.D.* entraîne une réaction et des réponses différemment formulées chez le patient. Tandis que Mr Hall (P1) fournit des réponses complètes permettant au médecin d'en apprendre davantage et d'affiner ses questions, les patients de House se contentent de donner une réponse minimale. La série est centrée sur ce personnage à la psychologie si particulière, et on s'attend, de ce fait, à ce qu'il ne soit pas un bon exemple de communication. L'intérêt alors est de vérifier si les étudiants s'imprègnent de l'image qu'ils voient du médecin en contexte pour la reproduire quand ils sont mis en situation.

Extrait 4 : P1, participant 22

D: So, let's move on to your current problem. So what's brought you here along today?
P: I'm extremely tired.
D: Have you noticed that you have lost weight or gained weight recently?
P: No, I eat the same, I feel the same.
D: How do you feel generally? Do you feel…?
P: I feel fine.

D: What about your vision? Have you experienced any vision or blurred vision?
P: No my vision is fine.
D: No sensitivity to light?
P: No.
D: Apart from your… from you being tired, are you in pain?
P: Not in pain, but I keep having those tinglings in my left leg and in my fingers. And also sometimes my leg feels numb.
D: Your what?
P: My leg feels numb.
D: Is it a specific part of your leg or…?
P: The whole leg.
D: Do you have any headaches?
P: Sorry?
D: Do you have headaches?
P: No.
D: Have you noticed any chest pains or…

Extrait 5 : P1, participant 23

D: So, now I'm going to talk about your problem. What's brought along you today?
P: I've been feeling very, very tired.
D: Tired. Ok, and there is anything or other symptom with the fatigue?
P: Yes, I have that strange feeling in my left leg and in my fingers I feel tingling all the time.
D: Left leg?
P: Left leg and fingers but it's all the time.
D: When did you first notice these symptoms?
P: About a month ago.
D: And what did you do to relieve these symptoms? Or is there something to make better or make worse?
P: No, there is nothing.
D: With your fatigue, do you feel… do you feel a loss of appetite or…?
P: No.
D: Or any weight of loss… loss… weight loss or weight gain?
P: No.

Le processus employé par les étudiants (P1) dans ces deux extraits sont similaires : des formes longues de questions ouvertes sont employées dans le but de construire leur connaissance du problème du patient. Le patient est ainsi amené à donner plus de détails en formulant davantage de réponses longues.

Extrait 6 : P2, participant 54

D: Alright. So tell me now, I finally finished with my question, tell me especially what brings you here?
P: Well I've been feeling very, very tired for the past month.
D: Right.
P: And about 2 weeks ago, I started having tinglings in my left leg and in my fingers.
D: All right.
P: And sometimes my leg feels numb.
D: Your legs feel numb? All right. So I'm going to perform some exam in order to check one or two things.

La stratégie utilisée par ce candidat diffère de tous les autres extraits. En effet, une seule question est posée en guise d'ouverture, dans le but de connaître le problème qui amène le patient. Par la suite, l'utilisation du marqueur discursif *right* permet au patient de compléter ses réponses en donnant davantage de précisions. Toutefois, le nombre de questions est relativement restreint et ne permet pas d'envisager le problème du patient dans sa globalité.

Extrait 7: P2, participant 55

D: Ok, thank you. Ok on occupational history… what bring you here?
P: I have weakness in my left leg.
D: Ok.
P: And also I have constant pins and needles in my fingers.
D: Ok. And, how did it start?
P: I don't know.
D: Ok. Now about your… are you tired?
P: No, yes I am very tired
D: Did you loss weight or gain weight?
P: No.
D: No, ok. Did you feel sick?
P: No.

Cet extrait ressemble davantage à ceux de *House, M.D*. Le médecin pose quatre questions mais seules deux sont en lien direct avec le symptôme principal. L'étudiant ne semble alors pas capable d'approfondir le problème en soumettant d'autres questions, ce qui rend cet interrogatoire peu performant du point de vue médical.

Extrait 8 : P3, participant 84

D: Ok. So what can I do for you today?
P: Well I'm here because I've been feeling pins and needles and numbness in my left leg.
D: Ok, so… and for since when?.
P: For about a month.
D: Ok. Do you take anything to relieve the pain?
P: No, don't know what to take actually.
D: Yes, it's better to not take anything because you know. So do you have any other symptoms?
P: I'm extremely tired and sometimes I feel weak as well.
D: Ok. Do you have trouble to sleep with this?
P: No.
D: Don't bother you at night?
P: No.
D: Ok. Do you eat well?
P: Yes.

Dans cet extrait le médecin utilise cinq questions ouvertes, dont une forme courte, et une question fermée. Bien que l'étudiant tente d'approfondir le problème du patient en posant davantage de questions concernant d'éventuels autres symptômes, il ne semble pas capable d'aller au bout du premier problème qui amène le patient à consulter.

Extrait 9 : P3, participant 86

D: So, why are you here?
P: Well I came because I've been feeling numbness and tingling in my left leg.
D: Left leg?
P: Yes.
D: Is there about your everyday life, do you do you something special like weak?
P: Sometimes I feel weak yes.
D: And it's very tired or just weak?
P: I'm extremely tired as well yes.
D: Your appetite is normal?
P: Yes.
D: Do you feel ill? For you?
P: No I feel good.

Dans cette conversation, l'étudiant pose six questions : une neutre pour l'ouverture, une déclarative « you appetite is normal ? », et des questions

ouvertes. On retrouve davantage de similitudes avec l'extrait étudié en classe. Toutefois, la logique du questionnement ne semble pas maîtrisée, puisque l'étudiant effectue un va-et-vient entre problème principal du patient et problèmes secondaires.

Au regard de ces brèves analyses, il apparaît que les étudiants des P2 et P3 sont moins efficaces dans leur interrogatoire. En effet, le questionnement a tendance à être réduit au minimum, sans chercher à obtenir davantage d'informations sur la durée ou la localisation exacte du problème. Ils sont également plus directs dans leur approche « so, why are you here ? » (86). L'image renvoyée par House dans la série se retrouve ainsi dans les productions orales des étudiants. On peut alors envisager ce point sous quatre angles :

1) Les étudiants ne sont pas à l'aise avec le raisonnement clinique, ce qui peut être compréhensible du fait qu'ils sont au début de leur cursus universitaire.
2) Ils adhèrent au comportement de House et endossent alors le costume du médecin non communiquant ou mal-communiquant.
3) Les extraits ayant été enregistrés lors de l'évaluation finale, ils sont stressés, ce qui nuit à leur capacité à communiquer et à réfléchir.
4) Le document support de l'évaluation finale est trop détaillé et capte toute leur attention, laissant peu d'espace à leur propre gestion de l'interrogatoire.

Toutefois, ces problèmes de communication ne semblent pas présents chez les étudiants du P1, ce qui implique alors qu'une telle difficulté à communiquer vienne des exemples qu'ils ont eu pendant le semestre, et sur lesquels ils se calquent. Face à ce constat, il semble alors que l'utilisation de la série *House, M.D.* est un frein à l'apprentissage et à la performance communicative.

Synthèse

Notre démarche dans ce chapitre a été d'analyser les données concernant la capacité à communiquer des étudiants dans la situation cible. Les analyses menées sur les grilles d'évaluation finale n'ont pas permis de révéler de différence significative entre les performances des étudiants des trois programmes. Les données obtenues grâce aux productions orales des étudiants ont permis de mesurer leur capacité à utiliser correctement les expressions issues des documents étudiés pendant le semestre. Ces données indiquent que le contenu des documents, quel qu'ils soient, agit sur la capacité des étudiants à communiquer. Ainsi, l'ensemble de ces résultats ne permet pas de valider l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de séries télévisées aide les étudiants en santé à mieux communiquer avec un patient lors d'une consultation médicale : les séries télévisées ne garantissent pas un meilleur apprentissage, ni une meilleure utilisation des expressions en lien avec la prise d'antécédents, l'examen physique ou encore l'annonce du diagnostic. Au contraire, il semble que les documents didactiques offrent de meilleurs résultats et ont donc un impact plus fort sur la performance communicative. Toutefois, l'analyse conversationnelle et discursive menée en comparant les données des scripts des trois programmes et celles des évaluations finales a mis en lumière un effet sur la construction des savoir-être des étudiants : ceux du P2, qui sont confrontés à une communication plus directe et plus franche semblent faire de même lors de l'évaluation finale. Il apparaît alors que la série *House, M.D.* influe sur leur compétence communicationnelle en modifiant leurs représentations de la communication médecin-patient.

CHAPITRE 11
IMPACTS SUR LE RESSENTI DES PARTICIPANTS

Dans ce chapitre, notre objectif est d'analyser les données collectées dans le questionnaire de satisfaction soumis aux étudiants à la fin de chaque période d'enseignement, ainsi que dans les bilans personnels remis par certains étudiants de chaque groupe. Ces analyses cherchent à répondre à l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de séries télévisées a un impact direct sur le ressenti des étudiants. Dans un premier temps, les réponses au questionnaire seront analysées. Dans un second temps, nous exploiterons les bilans reçus en fin de semestre.

11.1. Questionnaire de fin de semestre

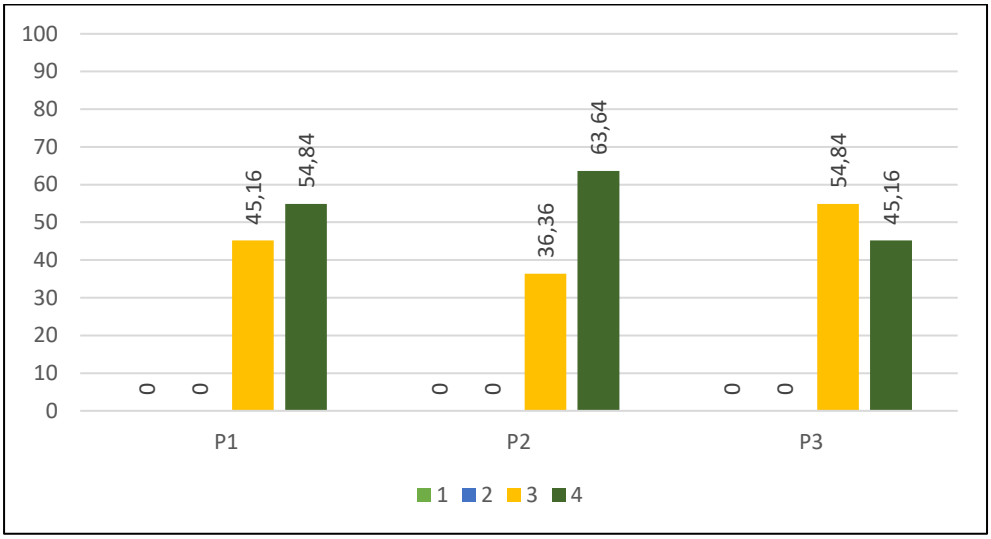
À la fin du semestre, il a été demandé aux étudiants de faire un bilan du module par le biais d'un questionnaire de satisfaction (Annexe 9). L'intérêt de ce

questionnaire est d'en apprendre davantage sur ce qu'ils ont pensé de l'enseignement reçu. L'intégralité des données obtenues se trouve en Annexe 9.

11.1.1. Satisfaction quant au contenu du module

La première partie du questionnaire cherchait à mesurer la satisfaction des étudiants concernant le module. Ils devaient tout d'abord juger six critères sur une échelle de 4 points (1 étant le plus faible niveau de satisfaction et 4 le plus élevé, créée sur une échelle de type Likert) en cochant la case correspondante. La décision d'opter pour une échelle à quatre points, au lieu des cinq traditionnellement proposés, réside principalement dans le fait que nous souhaitions que les étudiants se positionnent soit du côté positif (grades 3 ou 4), soit du côté négatif (grades 1 ou 2) (cf. 7.3.1).

Le premier critère (satisfaction globale quant au module) a obtenu des réponses positives (Figure 74) : tous les étudiants ont indiqué qu'ils étaient soit satisfaits soit très satisfaits. Les résultats sont plus homogènes entre ces deux propositions chez les étudiants des P1 et P3, mais les étudiants du P2 sont majoritairement très satisfaits. Un test de Student est effectué afin de vérifier s'il existe une différence significative entre les réponses émises par les participants des trois groupes. Ce test apparié n'indique pas de différence significative, puisqu'à chaque fois $p<0,05$ (Tableau 97), même si les étudiants du P2 ont majoritairement sélectionné la réponse 4 « très satisfait ».



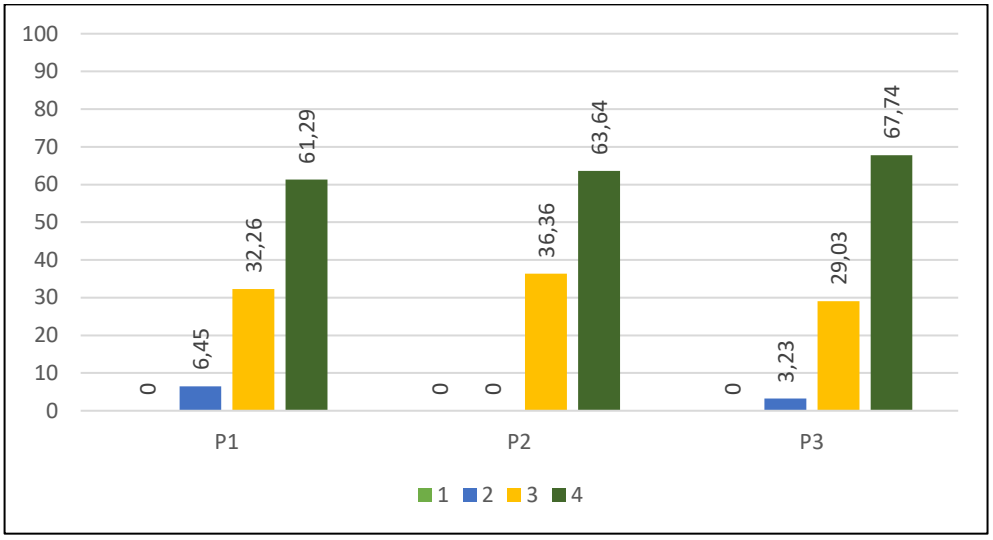
	1	2	3	4	Moyenne	ET
P1 (n=31)	0	0	14	17	7,75	9,03
(%)			(45,16)	(54,84)	(25)	(29,14)
P2 (n=33)	0	0	12	21	8,25	10,21
(%)			(36,36)	(63,64)	(25)	(30,84)
P3 (n=31)	0	0	17	14	7,75	9,03
(%)			(54,84)	(45,16)	(25)	(29,14)

Figure 74 : Satisfaction globale des étudiants

			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	-0,722	30,0	0,476
P1	P3	Student's t	0,000	30,0	1,000
P2	P3	Student's t	0,682	30,0	0,500

Tableau 97 : Résultat du test de Student sur la satisfaction générale des participants

Concernant la charge horaire par semaine, les étudiants sont majoritairement très satisfaits (Figure 75). Des explications concernant les réponses des étudiants qui ne sont pas satisfaits apparaissent dans les questions suivantes : certains estiment qu'il faudrait davantage de cours, d'autres se plaignent des horaires. Une fois de plus, la différence entre les résultats n'est pas significative (Tableau 98).



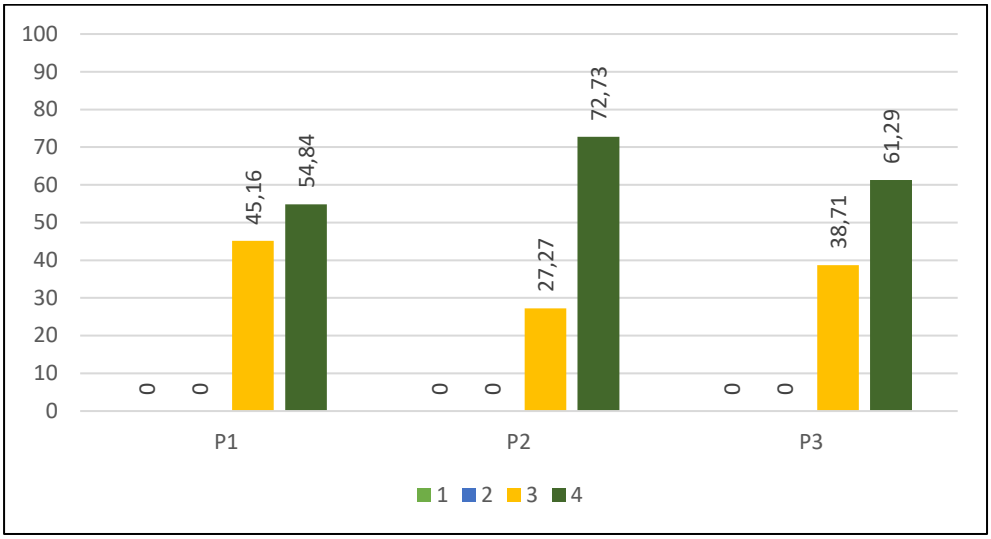
	1	2	3	4	Moyenne	ET
P1 (n=31)	0	2	10	19	7,75	8,66
(%)		(6,45)	(32,26)	(61,29)	(25)	(27,92)
P2 (n=33)	0	0	12	21	8,25	10,21
(%)			(36,36)	(63,64)	(25)	(30,94)
P3 (n=31)	0	1	9	21	7,75	9,71
(%)		(3,23)	(29,03)	(67,74)	(25)	(31,31)

Figure 75 : Satisfaction des étudiants : charge horaire

			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	-0,682	30,0	0,500
P1	P3	Student's t	-0,571	30,0	0,572
P2	P3	Student's t	0,000	30,0	1,000

Tableau 98 : Résultats du test de Student sur la charge horaire

Le contenu des programmes a majoritairement séduit les étudiants (Figure 76). Il s'agit là d'un point positif, même s'il ne permet pas de généraliser le fait que l'utilisation de séries impacte de manière positive la satisfaction des étudiants. Ceci semble pourtant être vrai pour les étudiants du P2 qui ont suivi le programme basé sur la série *House, M.D.* Les différences entre les résultats ne sont pas significatives (Tableau 99).



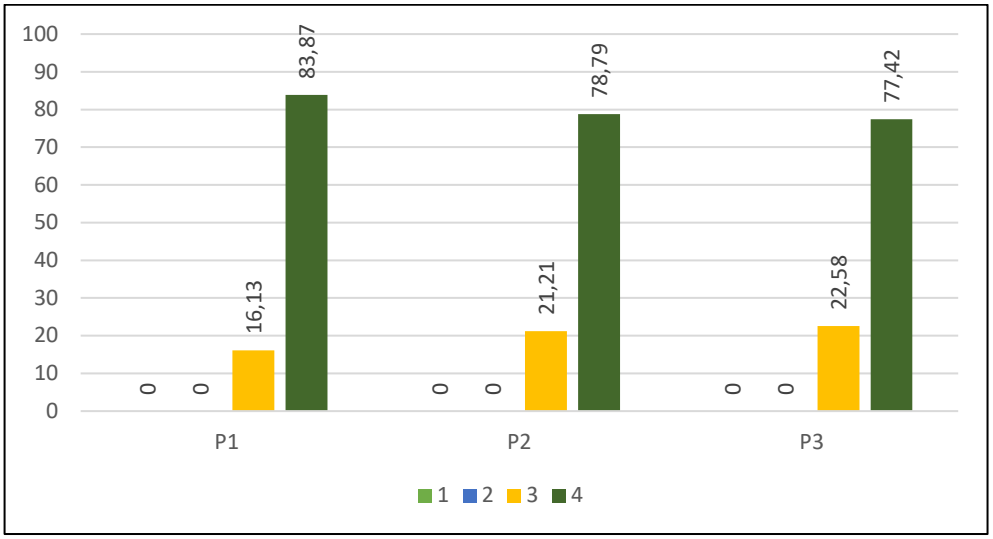
	1	2	3	4	Moy.	ET
P1 (n=31)	0	0	14	17	7,75	9,03
(%)			(45,16)	(54,84)	(25)	(29,14)
P2 (n=33)	0	0	9	24	8,25	11,32
(%)			(27,27)	(72,73)	(25)	(34,32)
P3 (n=31)	0	0	12	19	7,75	9,39
(%)			(38,71)	(61,29)	(25)	(30,3)

Figure 76 : Satisfaction des étudiants : contenu des programmes

			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	-1,306	30,0	0,202
P1	P3	Student's t	-0,494	30,0	0,625
P2	P3	Student's t	0,769	30,0	0,448

Tableau 99 : Résultats du test de Student sur le contenu des programmes

La pédagogie du professeur semble également convenir aux étudiants puisque les trois groupes d'étudiants se disent majoritairement très satisfaits (Figure 77). Les étudiants du P1 sont ceux qui semblent les plus satisfaits, tandis que les résultats sont très proches entre les P2 et P3. Toutefois, les différences entre les groupes ne sont pas significatives pour cette question également (Tableau 100).



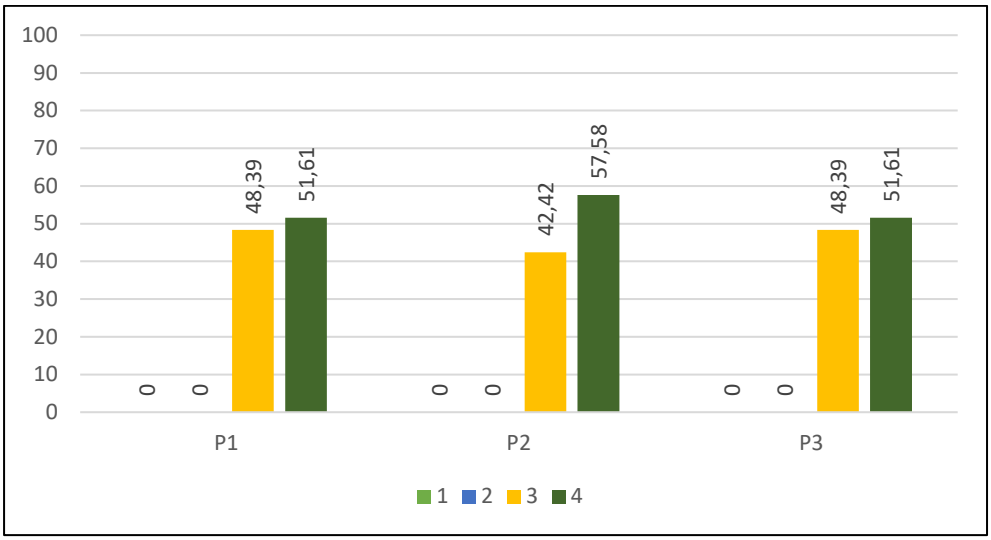
	1	2	3	4	Moy.	ET
P1 (n=31)	0	0	5	26	7,75	12,39
(%)			(16,13)	(83,87)	(25)	(39,98)
P2 (n=33)	0	0	7	26	8,25	12,28
(%)			(21,21)	(78,79)	(25)	(37,23)
P3 (n=31)	0	0	7	24	7,75	11,32
(%)			(22,58)	(77,42)	(25)	(36,53)

Figure 77 : Satisfaction des étudiants : pédagogie

			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	0,626	30,0	0,536
P1	P3	Student's t	1,139	30,0	0,264
P2	P3	Student's t	0,779	30,0	0,442

Tableau 100 : Résultats du test de Student sur la pédagogie de l'enseignant

Le point suivant concerne l'utilisation des documents (Figure 78). Les résultats de cette question sont très proches dans les trois programmes. Cependant, il faut noter que les étudiants du P2 sont les plus sensibles à l'utilisation de la série *House, M.D.*, ce qui renvoie aux réponses de la question sur leurs habitudes de visionnage. Ainsi, même s'il n'est toujours pas possible de vérifier que l'utilisation de séries télévisées impacte l'apprentissage de la communication de la consultation, il semble qu'elle peut représenter une source de satisfaction pour les étudiants. Pourtant, les différences entre les trois groupes ne sont pas significatives (Tableau 101).



	1	2	3	4	Moy.	ET
P1 (n=31)	0	0	15	16	7,75	8,96
(%)			(48,39)	(51,61)	(25)	(28,9)
P2 (n=33)	0	0	14	19	8,25	9,74
(%)			(42,42)	(57,58)	(25)	(29,52)
P3 (n=31)	0	0	15	16	7,75	8,96
(%)			(48,39)	(51,61)	(25)	(28,9)

Figure 78 : Satisfaction des étudiants : utilisation des documents

			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	-0,528	30,0	0,601
P1	P3	Student's t	0,000	30,0	1,000
P2	P3	Student's t	0,465	30,0	0,645

Tableau 101 : Résultats du test de Student sur l'utilisation des documents

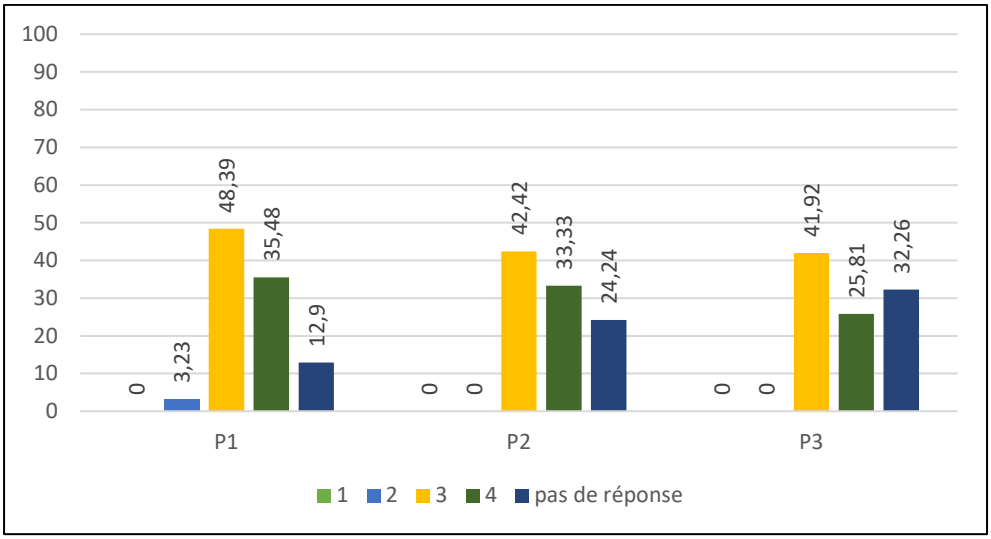
Il était alors intéressant de se pencher sur leurs habitudes concernant les séries télévisées, ce qui a donné lieu à une question, puisqu'elles sont un élément

central de cette recherche. Deux des trois programmes s'appuient largement sur l'utilisation de séries télévisées, et il était nécessaire d'interroger les étudiants afin de savoir si cette utilisation les avait conduits à modifier leurs habitudes télévisuelles. Les étudiants qui ont suivi les cours des P2 et P3 sont plus nombreux à suivre des séries télévisées en anglais après le module, même si la différence n'est pas significative selon les résultats du test de Student (P1-P2-P3 : p>0,005); et que la taille de l'effet est faible dans les trois groupes puisqu'elle se situe autour de 0,2 (Tableau 102). La progression la plus importante reste celle des étudiants du P2, pour lequel un effet tendanciel est noté ; on est alors en droit de penser que le fait de ne travailler que sur une série est plus bénéfique que de travailler sur plusieurs.

	AVANT	APRÈS	PROGRESSION	*p*	d
P1 (n=31)	23	24	1	0,161	0,258
(%)	(74,19)	(77,42)	(3,23)		
P2 (n=33)	26	30	4	0,083	0,311
(%)	(78,79)	(90,91)	(12,12)		
P3 (n=31)	23	25	2	0,161	0,258
(%)	(74,19)	(80,65)	(6,46)		

Tableau 102 : Évolution du nombre de participants qui suivent des séries télévisées en anglais

Enfin, le bilan concernant l'examen final ne remporte pas le même succès (Figure 79) : même si la majorité des étudiants des trois programmes semble satisfait voire très satisfait, il faut noter que pour ce point 12,9 % des étudiants du P1, 24,24 % pour le P2 et 32,26 % pour le P3 n'ont pas répondu. Ceci réside sans doute dans le fait que les étudiants ont dû répondre à ce questionnaire avant d'avoir passé l'examen final. De ce fait, leur appréhension peut les avoir amenés à ne pas répondre. Toutefois, il faut noter que les différences entre les résultats ne sont pas significatives (Tableau 103).



	1	2	3	4	Pas de réponse	Moy.	ET
P1 (n=31)	0	1	15	11	4	6,2	6,53
(%)		(3,23)	(48,39)	(35,48)	(12,90)	(20)	(21,08)
P2 (n=33)	0	0	14	11	8	6,6	6,39
(%)			(42,42)	(33,33)	(24,24)	(20)	(19,36)
P3 (n=31)	0	0	13	8	10	6,2	5,93
(%)			(41,92)	(25,81)	(32,26)	(20)	(19,14)

Figure 79 : Satisfaction des étudiants : examen final

			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	0,428	30,0	0,672
P1	P3	Student's t	0,104	30,0	0,918
P2	P3	Student's t	-0,318	30,0	0,753

Tableau 103 : Résultats du test de Student sur l'examen final

Afin de compléter ces réponses et de mieux comprendre ce que pensent les étudiants, il leur a été proposé de répondre à une question ouverte leur demandant de lister les points positifs et négatifs de ce module. Beaucoup d'éléments de réponses ont été donnés, parfois par les trois groupes, parfois par un seul. Pour être le plus exhaustif possible, toutes les réponses recensées sont listées dans le Tableau 104.

Très peu de points négatifs ont été soulevés par les étudiants, et la majorité d'entre eux ne sont dus ni à l'enseignant, ni à l'enseignement en lui-même : les étudiants notent des problèmes liés au matériel et à la salle de cours (en raison d'un vidéo projecteur incompatible avec l'ordinateur de l'enseignant), ou un

nombre insuffisant d'heures de cours (ce qui peut être un point positif dans les critères de jugement).

	P1 (n=31)	P2 (n=33)	P3 (n=31)
Quels sont les points positifs de ce module ?			
Ambiance (%)	4 (12,90)		
Apprentissage de la consultation (%)	4 (12,90	8 (24,24)	4 (12,90)
Apprentissage médical (%)		2 (6,06)	
Axé sur l'oral (%)	12 (38,71)	2 (6,06)	1 (3,23)
Axé sur la compréhension et l'expression orale (%)	1 (3,23)		
Documents utilisés (%)		8 (24,24)	14 (45,16)
Enseignant (%)	4 (12,90)	9 (27,27)	
Interaction (%)	8 (25,81)	8 (24,24)	13 (41,94)
Intéressant (%)	2 (6,45)		1 (3,23)
Les pauses (%)		5 (15,15)	1 (3,23)
Pas de devoir à la maison (%)		4 (12,12)	4 (12,90)
Pédagogie ludique (%)	4 (12,90)		6 (19,35)
Petit groupe (%)	5 (16,13)	7 (21,21)	5 (16,13)
Présentation powerpoint (%)			1 (3,23)
Tout en anglais (%)		1 (3,03)	
Travail en binôme (%)	2 (6,45)	10 (30,30)	3 (9,68)
Vocabulaire médical (%)	5 (16,13)	5 (15,15)	4 (12,90)

	P1 (n=31	P2 (n=33)	P3 (n= 31°
Quels sont les points négatifs de ce module ?			
Aucun (%)	5 (16,13)		
Documents utilisés difficiles (%)		1 (3,03)	
Examen (%)	3 (9,68)		
Horaires (%)	5 (16,13)	1 (3,03)	2 (6,45)
Manque de rebrassage (%)	1 (3,23)		
Pas assez de compréhension (%)	1 (3,23)		
Pas assez d'heures (%)	2 (6,45)	1 (3,03)	1 (3,23)
Pas assez de travail en binôme (%)		2 (6,06)	2 (6,45)
Pas assez de travail sur la médecine (%)		1 (3,03)	
Pas utile en pharmacie (%)		1 (3,03)	2 (6,45)
Présentation powerpoint (%)	2 (6,45)	1 (3,03)	1 (3,23)
Répétitif (%)		1 (3,03)	2 (6,45)
Salle / matériel (%)		2 (6,06)	3 (9,68)
Travail en binôme (%)	1 (3,23)	1 (3,03)	1 (3,23)
Trop de vocabulaire (%)			1 (3,23)
Trop dense (%)	1 (3,23)		

Tableau 104 : Points positifs et négatifs relevés par les étudiants

Pour dresser un bilan des points positifs listés, les trois ayant obtenus le plus de suffrage sont repris pour chaque groupe. Ainsi, les étudiants du P1 sont satisfaits de l'accent qui est mis sur l'oral (38,71 %) et sur le travail de l'interaction (25,81 %). L'apprentissage du vocabulaire spécialisé arrive en troisième position (16,13 %). Les étudiants du P2 estiment que le travail en binôme de fin de séance est positif (30,3 %), et que l'enseignant a un impact positif sur leur apprentissage (27,27 %). Enfin, l'accent mis sur l'apprentissage de la consultation, sur l'interaction et sur les documents utilisés arrivent en troisième place (24,24 %). Les étudiants du P3 jugent de manière positive les documents utilisés (45,16 %), le travail en interaction (41,94 %) et la pédagogie ludique qu'offre ce cours (19,35 %). Parmi ces réponses, une semble capitale pour cette

recherche, à savoir le fait que les étudiants des P2 et P3 expliquent que les documents utilisés ont un impact positif sur leur apprentissage. Ceci est en effet un des thèmes centraux de notre étude, puisque nous cherchons à vérifier si l'utilisation de séries télévisées peut impacter l'apprentissage de la communication pour la consultation. Il semble alors que les réponses des étudiants de P2 (n=8/33) et P3 (n=14/31) permettent de valider cette hypothèse. Ce critère arrive en troisième position parmi l'ensemble de points listés chez les étudiants du P2 et en première position chez ceux du P3. Ainsi, il semble que l'utilisation de multiples séries télévisées est un facteur favorisant l'adhésion des étudiants au programme d'enseignement.

Nous avons ensuite questionné la quantité de travail demandé par ce module afin de savoir si les étudiants la jugeaient satisfaisante et les raisons qui justifiaient cette réponse. Les étudiants avaient la possibilité d'entourer des réponses proposées (sans limite quantitative) et de compléter celles-ci avec leurs propres éléments de réponse ; aucun étudiant n'a suggéré d'autres réponses. Les étudiants des trois programmes ont majoritairement répondu « oui », en citant à chaque fois les mêmes justifications, dans le même ordre : tout d'abord l'enseignant et les méthodes, puis la clarté des explications, et enfin les documents utilisés (Figure 80). Concernant ce dernier point, il est intéressant de noter que les étudiants du P3 semblent le plus satisfaits (n=26/31), suivis par ceux du P2 (n=21/33) et enfin par ceux du P1 (n=16/31). Ainsi, une fois de plus, les étudiants qui ont suivi l'enseignement axé sur une variété de séries télévisées indiquent, à une large majorité, l'intérêt de cette utilisation, ce qui est primordial pour cette recherche.

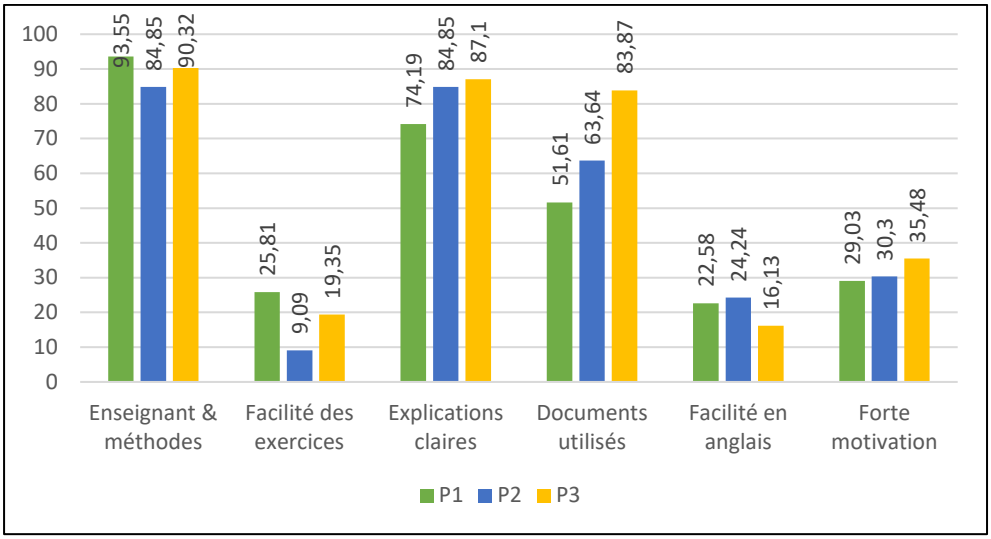


Figure 80 : Éléments positifs de l'enseignement selon les étudiants des trois programmes

Les raisons qui nuisent au travail et à la progression des étudiants sont moins nombreuses, et peu d'étudiants ont donné des réponses. Cependant, la raison principale donnée par les étudiants des trois programmes concerne leurs difficultés personnelles avec la matière (Figure 81).

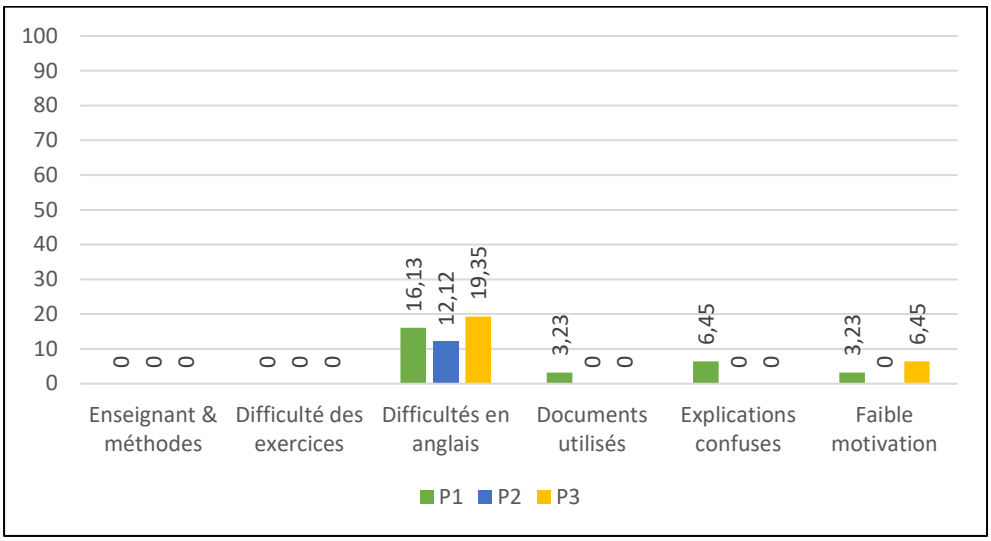
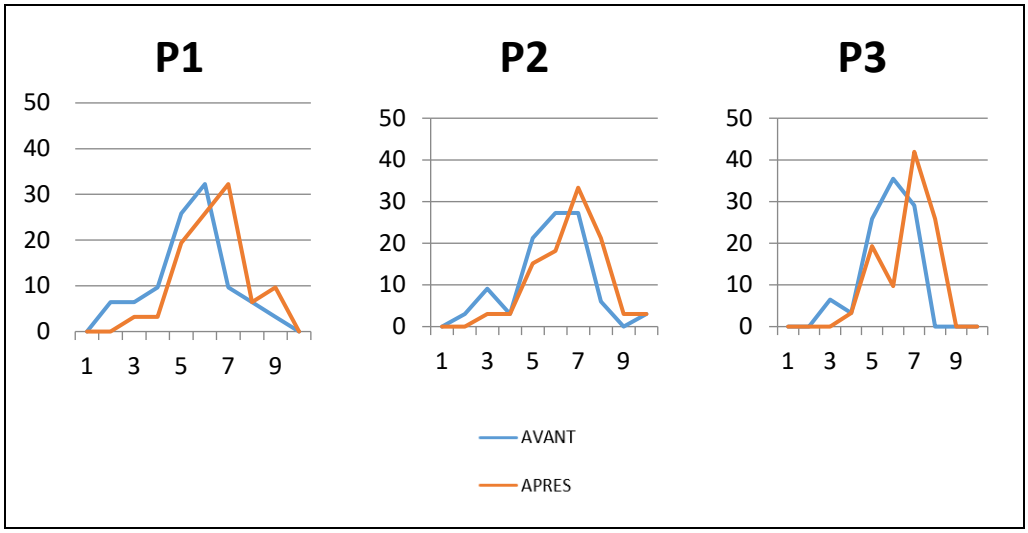


Figure 81 : Éléments négatifs de l'enseignement selon les étudiants des trois programmes

11.1.2. Bilan des apprentissages

Afin de dresser un bilan des apprentissages, à partir des commentaires des étudiants, deux points ont été questionnés : l'auto-évaluation de leur niveau d'anglais et les points que ce module leur a permis de travailler.

Afin de mesurer le ressenti des étudiants quant à leur éventuel progrès, les étudiants ont été interrogés sur leur niveau d'anglais (Figure 82). Il leur a été demandé d'évaluer ce niveau sur une échelle de 1 à 10, avant et après le module. Le fait de leur demander d'évaluer leur niveau de manière rétrospective peut poser des problèmes, tout comme le fait de l'évaluer sur une échelle numéraire. Le but n'est pas réellement de connaître leur niveau de manière objective, mais plutôt de savoir s'ils estiment avoir progressé au cours du semestre, ce qui est l'élément clef de leur décision à suivre ce module.

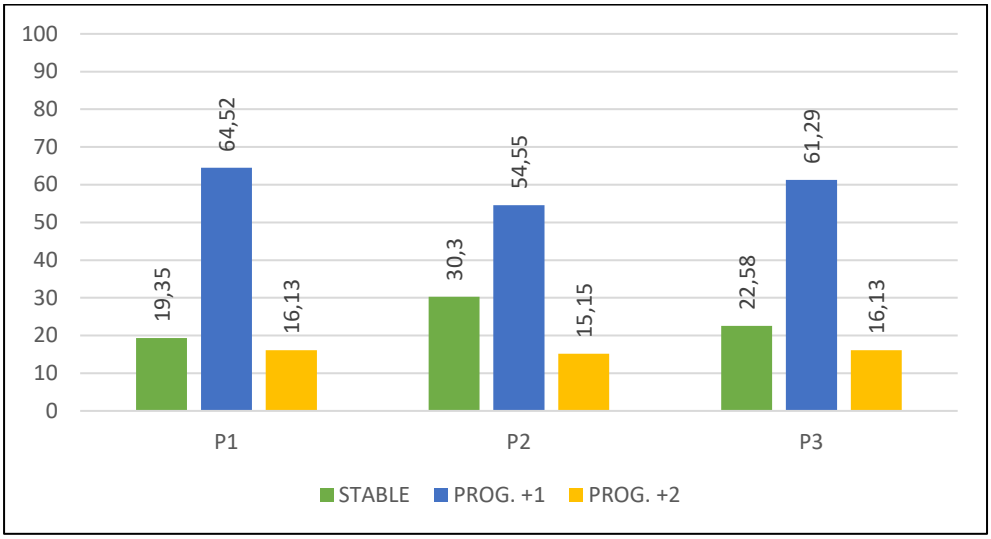


AV.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Moy.	ET
P1	-	2	2	3	8	10	3	2	1	-	3,88	3,27
(%)		(6,45)	(6,45)	(9,68)	(25,81)	(32,26)	(9,68)	(6,45)	(3,23)		(12,5)	(10,55)
P2	-	1	3	1	7	9	9	2	-	1	4,13	3,6
(%)		(3,03)	(9,09)	(3,03)	(21,21)	(27,27)	(27,27)	(6,06)		(3,03)	(12,5)	(10,92)
P3	-	-	2	1	8	11	9	-	-	-	6,2	4,44
(%)			(6,45)	(3,23)	(25,81)	(35,48)	(29,03)				(20)	(14,32)
AP.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
P1	-	-	1	1	6	8	10	2	3	-	4,43	3,6
(%)			(3,23)	(3,23)	(19,35)	(25,81)	(32,25)	(6,45)	(9,68)		(14,29)	(11,61)
P2	-	-	1	1	5	6	11	7	1	1	4,13	3,76
(%)			(3,03)	(3,03)	(15,15)	(18,18)	(33,33)	(21,21)	(3,03)	(3,03)	(12,5)	(11,39)
P3	-	-	-	1	6	3	13	8	-	-	6,2	4,66
(%)				(3,23)	(19,35)	(9,68)	(41,94)	(25,81)			(20)	(15,03)

Figure 82 : Auto-évaluation du niveau d'anglais des étudiants avant et après le module consultation

Au regard de ces résultats, il est important de noter que la majorité des étudiants, tout groupe confondu, estime avoir progressé en anglais ; la plupart estime que

ces progrès représentent un point d'écart sur l'échelle proposée, certains pensent qu'ils représentent deux points (Figure 83). Ceci semble alors répondre de manière positive à l'objectif fixé par les étudiants.



	STABLE	+1	+2
P1 (n=31)	6	20	5
(%)	(19,35)	(64,52)	(16,13)
P2 (n=33)	10	18	5
(%)	(30,30)	(54,55)	(15,15)
P3 (n=31)	7	19	5
(%)	(22,58)	(61,29)	(16,13)

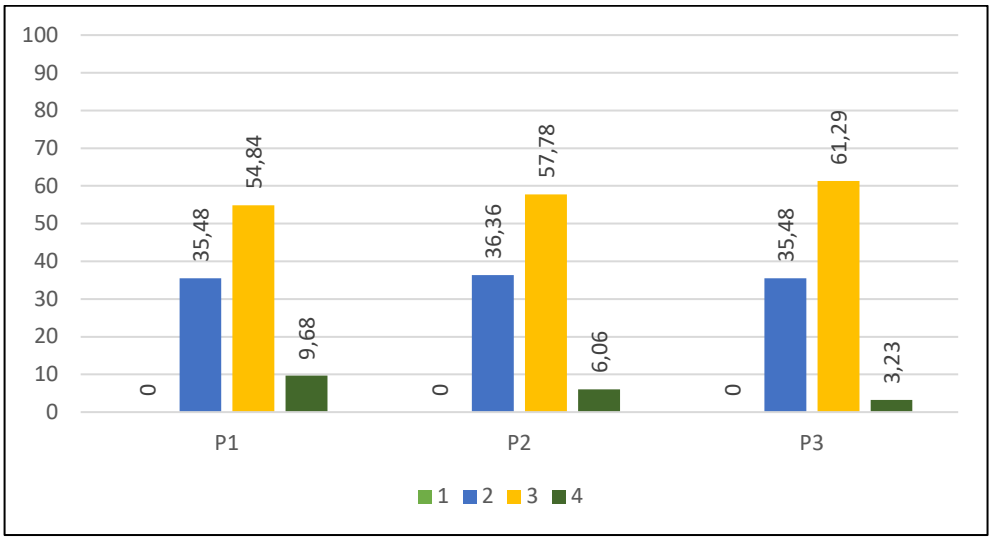
Figure 83 : Progression du niveau d'anglais selon les étudiants

Par la suite, dans le but d'obtenir des données plus précises, les étudiants ont été interrogés afin de savoir ce que le module leur avait appris ou permis de travailler. Dix items étaient listés et il leur était demandé de les évaluer sur une échelle de 1 à 4 (1 étant le plus faible et 4 le plus fort). Pour mener cette analyse, ces dix items ont été réorganisés en trois catégories, qui sont l'apprentissage de la communication, du lexique et de la médecine.

11.1.2.1. Apprentissage de la communication

Dans le but de mesurer le ressenti des étudiants concernant leurs performances communicatives, ils ont été interrogés sur cinq items : la compréhension orale, l'expression orale, l'aisance, l'accent, et la capacité à communiquer avec des patients étrangers.

Concernant le premier item « travailler / améliorer la compréhension orale », les réponses des étudiants des trois programmes se situent entre 2 et 3 (Figure 84). Les différences obtenues entre ces résultats ne sont pas significatives puisque p>0,005 (Tableau 105).



	1	2	3	4	Moy.	ET
P1 (n=31)	0	11	17	3	7,75	7,72
(%)		(35,48)	(54,84)	(9,68)	(25)	(24,9)
P2 (n=33)	0	12	19	2	8,25	8,88
(%)		(36,36)	(57,78)	(6,06)	(25)	(27)
P3 (n=31)	0	11	19	1	7,75	8,99
(%)		(35,48)	(61,29)	(3,23)	(25)	(29,02)

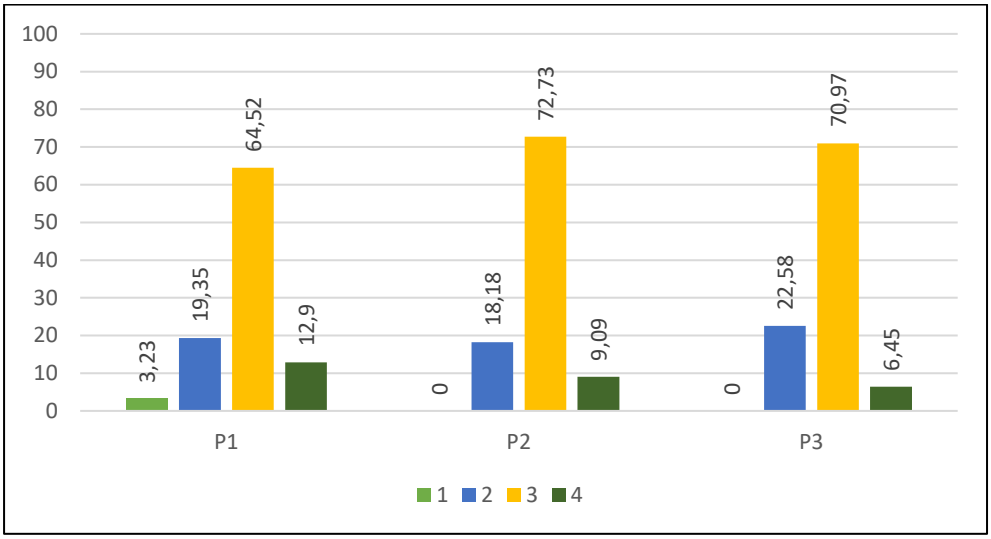
Figure 84 : Satisfaction des étudiants : travailler / améliorer la compréhension orale

			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	0,421	30,0	0,677
P1	P3	Student's t	-0,197	30,0	0,845
P2	P3	Student's t	-0,682	30,0	0,500

Tableau 105 : Résultats du test de Student sur l'item « travailler / améliorer la compréhension orale »

Pour le deuxième item « travailler / améliorer l'expression orale », le résultat est majoritairement 3 pour les étudiants des trois programmes (Figure 85). Même si l'on était en droit d'attendre davantage de réponses au niveau 4, il semble que le programme favorise la participation orale garantissant ainsi un travail de l'expression orale. Cette compétence fait partie des objectifs quant à l'adhésion au module des étudiants du P2 (cf. 8.1.1). De ce fait, nous pouvons attester de

l'adéquation entre les choix des étudiants du P2 et du programme qu'ils ont suivi. Toutefois, tout comme pour l'item précédent, les différences entre les groupes ne sont pas significatives (Tableau 106).



	1	2	3	4	Moy.	ET
P1 (n=31)	1	6	20	4	7,75	8,42
(%)	(3,23)	(19,35)	(64,52)	(12,90)	(25)	(27,17)
P2 (n=33)	0	6	24	3	8,25	10,78
(%)		(18,18)	(72,73)	(9,09)	(25)	(32,67)
P3 (n=31)	0	7	22	2	7,75	9,95
(%)		(22,58)	(70,97)	(6,45)	(25)	(32,08)

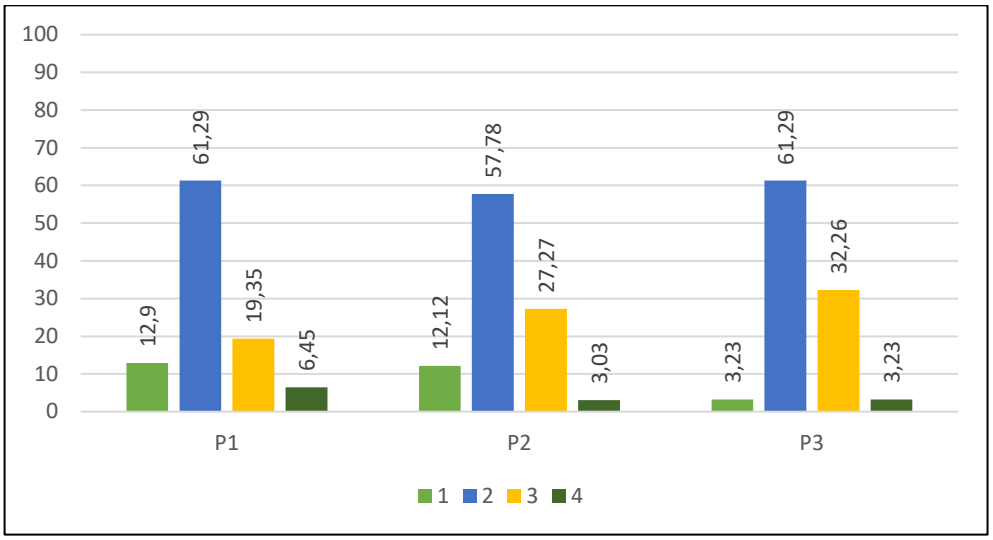
Figure 85 : Satisfaction des étudiants : travailler / améliorer l'expression orale

			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	0,000	30,0	1,000
P1	P3	Student's t	-0,239	30,0	0,813
P2	P3	Student's t	-0,528	30,0	0,601

Tableau 106 : Résultats du test de Student sur l'item « travailler / améliorer l'expression orale »

Le résultat est différent pour l'item 3 « travailler / améliorer votre accent » ; la plupart des étudiants des trois programmes pense que ce point n'est pas suffisamment travaillé lors du module (Figure 86). Cet élément ne faisait pas partie des objectifs ou motivations des étudiants, ni du programme tel qu'il a été construit. Ainsi, le fait que les résultats obtenus à cet item penchent du côté négatif de l'échelle de type Likert n'est pas un élément venant impacter les

hypothèses de cette étude. De plus, les différences inter-groupes ne sont pas significatives (Tableau 107).



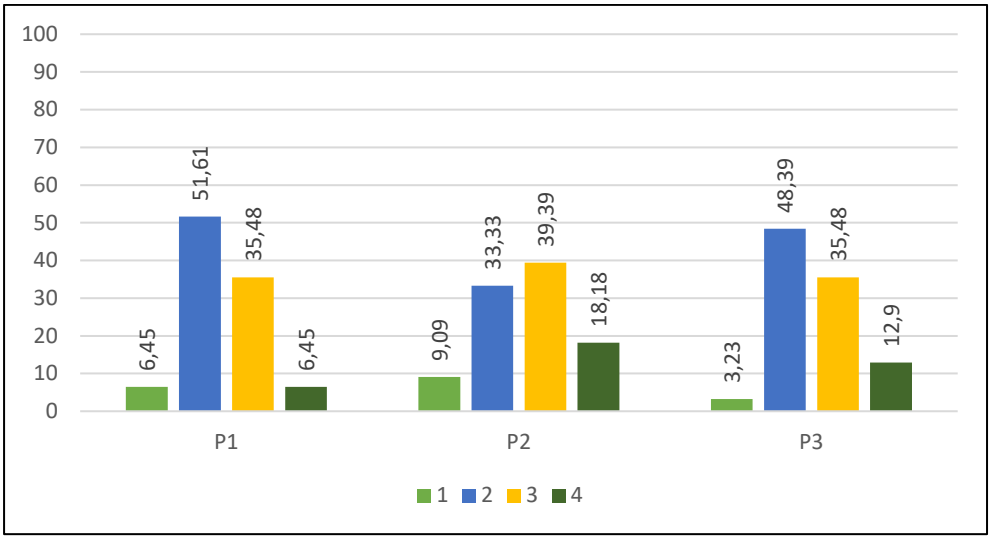
	1	2	3	4	Moy.	ET
P1 (n=31)	4	19	6	2	7,75	7,68
(%)	(12,90)	(61,29)	(19,35)	(6,45)	(25)	(24,76)
P2 (n=33)	4	19	9	1	8,25	7,89
(%)	(12,12)	(57,78)	(27,27)	(3,03)	(25)	(24)
P3 (n=31)	1	19	10	1	7,75	8,62
(%)	(3,23)	(61,29)	(32,26)	(3,23)	(25)	(27,79)

Figure 86 : Satisfaction des étudiants : travailler / améliorer votre accent

			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	0,000	30,0	1,000
P1	P3	Student's t	-0,532	30,0	0,599
P2	P3	Student's t	-0,724	30,0	0,475

Tableau 107 : Résultats du test de Student sur l'item « travailler / améliorer l'accent »

L'item 4 « vous sentir plus à l'aise à l'oral » concentre une majorité de réponses entre 2 et 3 (Figure 87). Malgré un très faible écart, les étudiants du P2 ont plutôt sélectionnés la réponse 3 à cet item, ce qui renvoie à leur objectif de pratique de l'oral, par rapport aux étudiants des deux autres groupes qui ont privilégiés la réponse 2. Les réponses des P2 sont également plus homogènes entre ces deux degrés, tandis que l'écart est plus important dans les deux autres groupes. Cependant, les différences entre les groupes ne sont pas significatives (Tableau 108).



	1	2	3	4	Moy.	ET
P1 (n=31)	2	16	11	2	7,75	6,95
(%)	(6,45)	(51,61)	(35,48)	(6,45)	(25)	(22,41)
P2 (n=33)	3	11	13	6	8,25	4,57
(%)	(9,09)	(33,33)	(39,39)	(18,18)	(25)	(13,86)
P3 (n=31)	1	15	11	4	7,75	6,4
(%)	(3,23)	(48,39)	(35,48)	(12,90)	(25)	(20,63)

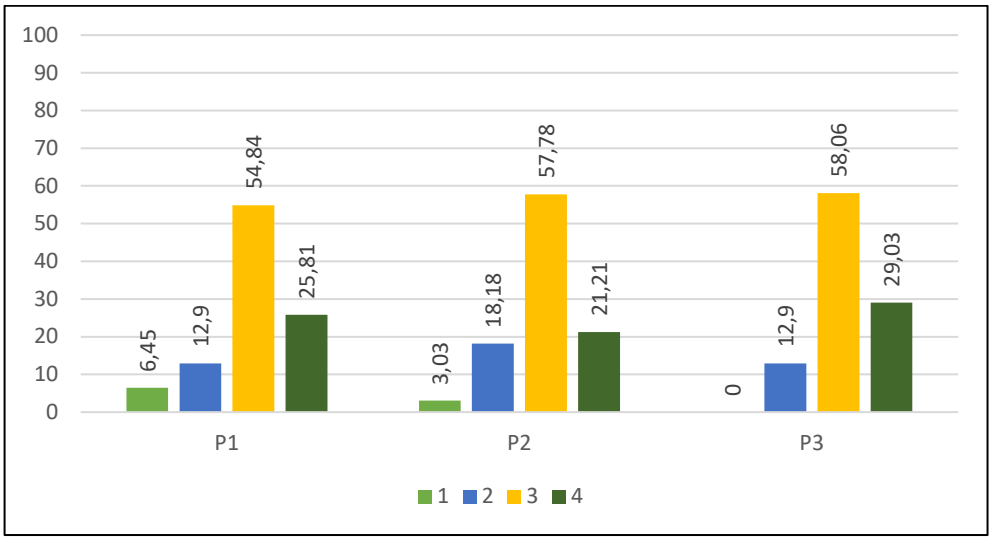
Figure 87 : Satisfaction des étudiants : se sentir plus à l'aise à l'oral

			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	-1,329	30,0	0,194
P1	P3	Student's t	-1,191	30,0	0,243
P2	P3	Student's t	0,312	30,0	0,758

Tableau 108 : Résultats du test de Student sur l'item « se sentir à l'aise à l'oral »

La majorité des étudiants des trois programmes a répondu 3 à l'item 9 « savoir communiquer avec des patients étrangers » (Figure 88). Les résultats exprimés par chaque groupe sont très similaires et ne permettent pas de valider l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de séries télévisées permet aux étudiants d'apprendre à communiquer avec un patient étranger lors d'une consultation médicale. Les chiffres obtenus à cet item sont décevants, puisqu'il s'agit là d'un des objectifs principaux de cette recherche. Même si les étudiants des trois groupes sont majoritairement satisfaits, voire très satisfaits, un certain nombre d'étudiants de chaque groupe estime ne pas être en mesure de communiquer correctement avec un patient étranger. Ceci réside peut-être dans le fait que certains étudiants estiment avoir un niveau d'anglais toujours faible à l'issue du module (cf. 8.1.1),

ou encore parce que le nombre d'heures dédiées à cet apprentissage est insuffisant pour maîtriser cette situation de communication (cf. Tableau 104). Une nouvelle fois, les différences entre les groupes ne sont pas significatives (Tableau 109).



	1	2	3	4	Moy.	ET
P1 (n=31)	2	4	17	8	7,75	6,65
(%)	(6,45)	(12,90)	(54,84)	(25,81)	(25)	(21,46)
P2 (n=33)	1	6	19	7	8,25	7,63
(%)	(3,03)	(18,18)	(57,78)	(21,21)	(25)	(23,22)
P3 (n=31)	0	4	18	9	7,75	7,76
(%)		(12,90)	(58,06)	(29,03)	(25)	(25,04)

Figure 88 : Satisfaction des étudiants : savoir communiquer avec des patients étrangers

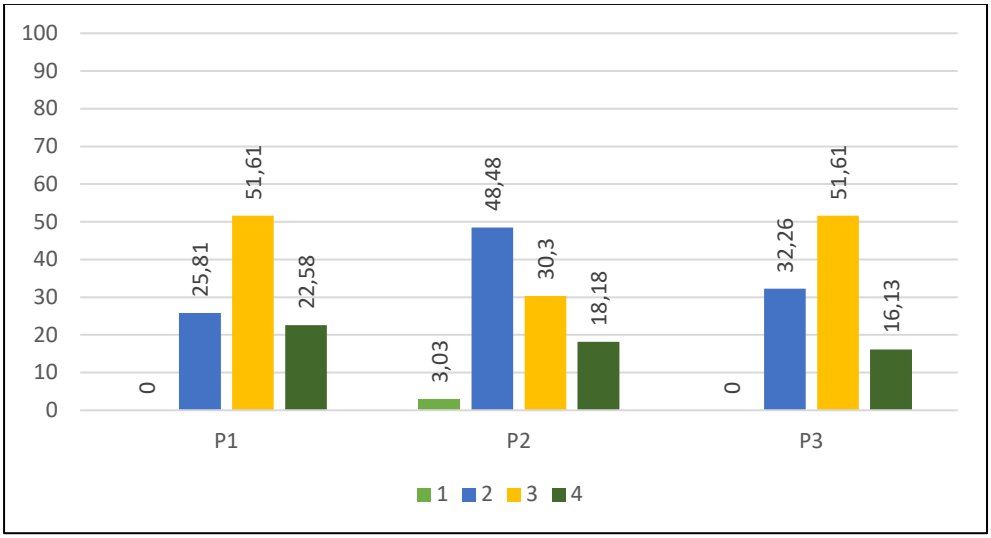
			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	0,290	30,0	0,774
P1	P3	Student's t	-0,649	30,0	0,522
P2	P3	Student's t	-0,611	30,0	0,546

Tableau 109 : Résultats du test de Student sur l'item « savoir communiquer avec un patient étranger »

11.1.2.2. Apprentissage du lexique de la consultation

Pour l'item 5 « apprendre du vocabulaire courant », et l'item 7 « apprendre des expressions courantes », qui ne faisaient pas partie des objectifs de la formation, les étudiants du P2 sont globalement peu satisfaits, tandis que ceux des P1 et P3 semblent relativement satisfaits (Figure 89, Figure 90).

Ces questions étaient posées afin de venir contrebalancer les items qui concernent l'apprentissage du lexique et d'expressions spécialisés. Les résultats du P2 indiquent une très faible satisfaction à cet item. En comparant les résultats de ces deux groupes, il apparaît que les étudiants du P1 sont majoritairement satisfaits, puisque 64,52 % d'entre eux ont noté cet item 3 ou 4 sur l'échelle de type Likert, tandis que 60,61 % des P2 l'ont évalué à 1 ou 2. Cela peut s'expliquer par le fait que les scènes de *House, M.D.* utilisées ne contiennent que très peu de ce type de lexique ou d'expressions, puisqu'elles présentent majoritairement des scènes entre professionnels, qui utilisent le discours médical. L'analyse statistique de ces items révèle une différence tendancielle entre les réponses des P2 et P3 au niveau de l'apprentissage des expressions courantes (Tableau 110, Tableau 111), ainsi qu'une différence tendancielle entre les réponses des P1 et P2 pour l'item « vocabulaire courant » (Tableau 110).

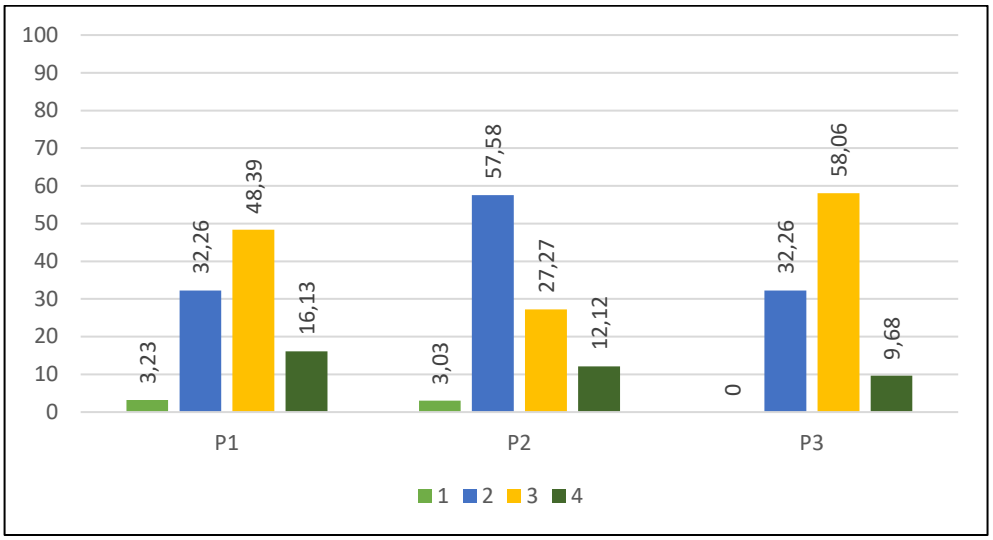


	1	2	3	4	Moy.	ET
P1 (n=31)	0	8	16	7	7,75	6,55
(%)		(25,81)	(51,61)	(22,58)	(25)	(21,13)
P2 (n=33)	1	16	10	6	8,25	6,34
(%)	(3,03)	(48,48)	(30,30)	(18,18)	(25)	(19,22)
P3 (n=31)	0	10	16	5	7,75	6,85
(%)		(32,26)	(51,61)	(16,13)	(25)	(22,09)

Figure 89 : Satisfaction des étudiants : apprendre du vocabulaire courant

			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	1,881	30,0	0,070
P1	P3	Student's t	0,487	30,0	0,630
P2	P3	Student's t	-1,137	30,0	0,265

Tableau 110 : Résultats du test de Student sur l'item « apprendre du vocabulaire courant »



	1	2	3	4	Moy.	ET
P1 (n=31)	1	10	15	5	7,75	6,08
(%)	(3,23)	(32,26)	(48,39)	(16,13)	(25)	(19,6)
P2 (n=33)	1	19	9	4	8,25	7,89
(%)	(3,03)	(57,78)	(27,27)	(12,12)	(25)	(24)
P3 (n=31)	0	10	18	3	7,75	8,02
(%)		(32,26)	(58,06)	(9,68)	(25)	(25,85)

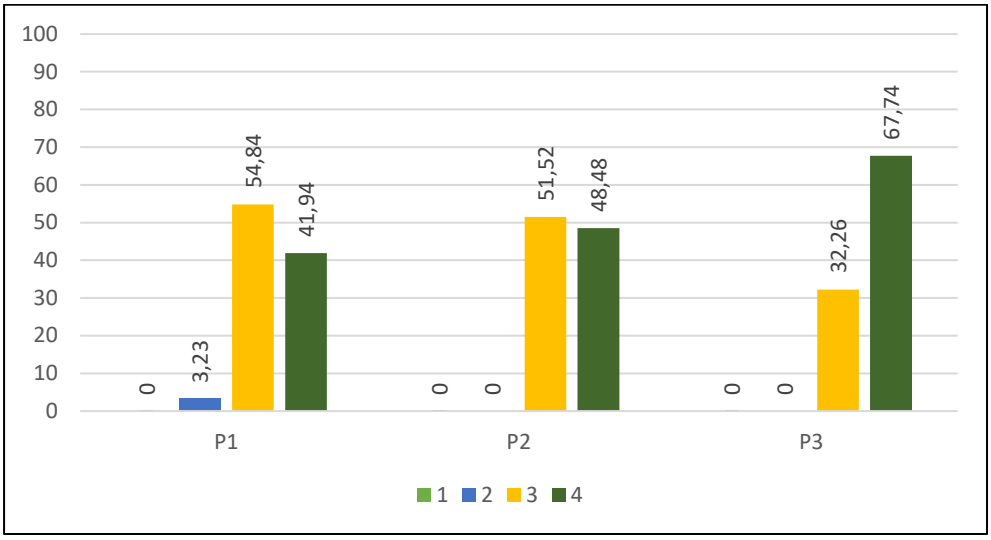
Figure 90 : Satisfaction des étudiants : apprendre des expressions courantes

			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	1,409	30,0	0,169
P1	P3	Student's t	-0,158	30,0	0,876
P2	P3	Student's t	-1,881	30,0	0,070

Tableau 111 : Résultats du test de Student sur l'item « apprendre des expressions courantes »

La quasi-totalité des étudiants des trois programmes semblent convaincus par l'item 6 « apprendre du vocabulaire médical » (Figure 91). Contrairement aux items précédents, les réponses obtenues marquent nettement la satisfaction des étudiants. Ce point est essentiel puisqu'il s'agit à la fois d'un des objectifs de l'étude, mais aussi des étudiants des P1 et P3

en s'inscrivant au module. Ainsi, au regard des résultats, il apparaît que les étudiants ayant suivi le module, et ce peu importe le programme, ont pu apprendre du lexique spécialisé propre à la situation de communication visée. Les étudiants du P3 sont majoritairement très satisfaits, même si leur programme n'offre pas un nombre plus important de termes médicaux en comparaison avec les deux autres programmes (Tableau 26). Ce phénomène peut alors s'expliquer soit par un effet de groupe, soit par l'utilisation d'un mélange de séries télévisées médicales et non médicales. Ceci peut également expliquer la très grande différence de réponses, au sein de ce groupe, entre les niveaux 3 et 4 de l'échelle de type Likert. Le test de Student révèle également une différence significative entre les réponses des étudiants du P1 et du P3, ce qui renforce l'analyse de satisfaction de ces étudiants pour cet item (Tableau 112).



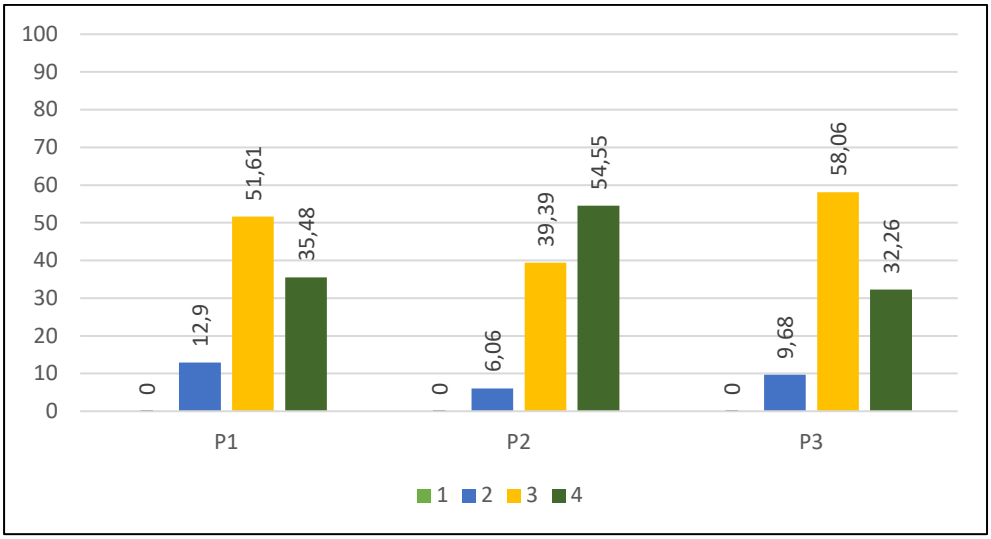
	1	2	3	4	Moy.	ET
P1 (n=31)	0	1	17	13	7,75	8,54
(%)		(3,23)	(54,84)	(41,94)	(25)	(27,55)
P2 (n=33)	0	0	17	16	8,25	9,54
(%)			(51,52)	(48,48)	(25)	(28,89)
P3 (n=31)	0	0	10	21	7,75	10,01
(%)			(32,26)	(67,74)	(25)	(32,3)

Figure 91 : Satisfaction des étudiants : apprendre du vocabulaire médical

			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	-0,465	30,0	0,645
P1	P3	Student's t	-2,187	30,0	0,037
P2	P3	Student's t	-1,563	30,0	0,129

Tableau 112 : Résultats du test de Student sur l'item « apprendre du vocabulaire médical »

Concernant l'item 8 « apprendre des expressions médicales », la majorité des étudiants semblent satisfaite (Figure 92). Pour cet item, les étudiants du P2 semblent les plus satisfaits, ce qui peut s'expliquer par le fait que la série *House, M.D.* est très largement ancrée dans un contexte professionnel, et que les expressions utilisées sont largement représentatives du type de discours attendu de la part d'un médecin. Les étudiants des deux autres groupes semblent également satisfaits ; cela vient probablement du fait que les documents utilisés ont été minutieusement sélectionnés pour la représentativité du discours qui y est présent. Cependant, les résultats du P3 contrastent avec ceux obtenus pour l'item « apprentissage du vocabulaire médical » pour lequel ils étaient majoritairement très satisfaits. La plupart des séries n'appartient pas à un genre spécialisé (cf. 4.3.2), mais les extraits contiennent pourtant plus d'expressions en lien avec la consultation que la série *House, M.D.* (cf. 9.2.2). Une autre différence se trouve dans le fait que les scènes utilisées dans le P3 se focalisent principalement sur le discours du patient, contrairement à celles du P1 qui se concentrent sur l'interaction médecin-patient, et à celles du P2 qui sont centrées sur le discours du médecin. Ainsi, les étudiants du P3 ont pu penser que les expressions employées par les patients ne doivent pas être employées par un médecin pour communiquer lors d'une consultation. Pourtant, les différences entre les groupes ne sont pas significatives (Tableau 113).



	1	2	3	4	Moy.	ET
P1 (n=31)	0	4	16	11	7,75	7,14
(%)		(12,90)	(51,61)	(35,48)	(25)	(23,02)
P2 (n=33)	0	2	13	18	8,25	8,66
(%)		(6,06)	(39,39)	(54,55)	(25)	(26,23)
P3 (n=31)	0	3	18	10	7,75	8,02
(%)		(9,68)	(58,06)	(32,26)	(25)	(25,85)

Figure 92 : Satisfaction des étudiants : apprendre des expressions médicales

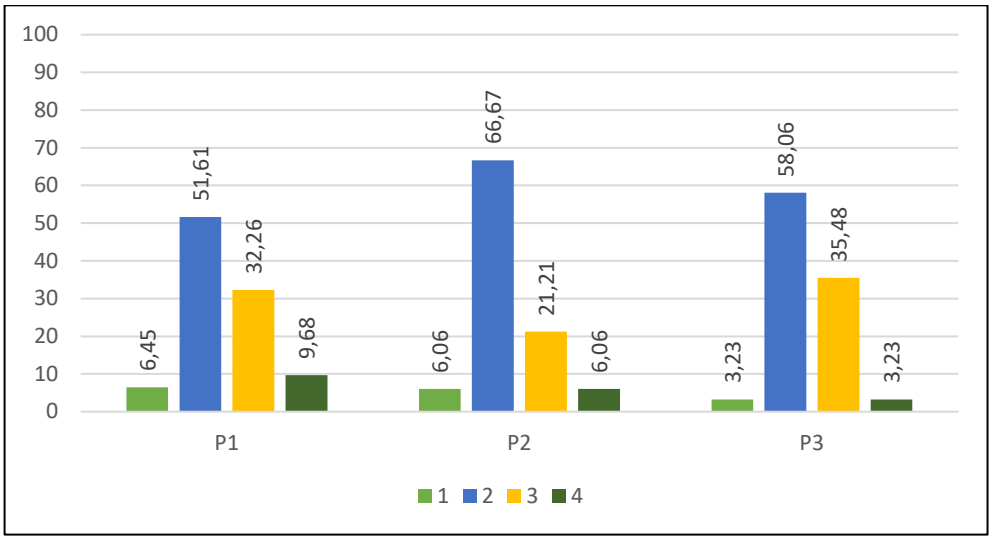
			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	-1,063	30,0	0,296
P1	P3	Student's t	-0,183	30,0	0,856
P2	P3	Student's t	1,044	30,0	0,305

Tableau 113 : Résultats du test de Student sur l'item « apprendre des expressions médicales »

11.1.2.3. Apprentissages en lien avec la médecine

Enfin, pour le dernier item « approfondir vos connaissances médicales », les trois programmes ont majoritairement répondu 2 sur l'échelle de 4 de type Likert (Figure 93). L'apprentissage de la médecine ne faisait partie ni des objectifs de l'étude, ni de ceux de la formation, puisqu'en tant qu'enseignant d'anglais, nous ne sommes pas en mesure de l'enseigner. Les réponses des étudiants sont alors compréhensibles et en adéquation avec la réalité : très peu de faits médicaux sont introduits dans chaque programme, l'objectif du module étant l'apprentissage de la communication et de la

langue de la consultation. Une nouvelle fois, les différences entre les groupes ne sont pas significatives (Tableau 114).



	1	2	3	4	Moy.	ET
P1 (n=31)	2	16	10	3	7,75	6,55
(%)	(6,45)	(51,61)	(32,26)	(9,68)	(25)	(21,13)
P2 (n=33)	2	22	7	2	8,25	9,46
(%)	(6,06)	(66,67)	(21,21)	(6,06)	(25)	(28,68)
P3 (n=31)	1	18	11	1	7,75	8,3
(%)	(3,23)	(58,06)	(35,48)	(3,23)	(25)	(26,77)

Figure 93 : Satisfaction des étudiants : approfondir vos connaissances médicales

			statistic	df	*p*
P1	P2	Student's t	1,351	30,0	0,187
P1	P3	Student's t	0,751	30,0	0,459
P2	P3	Student's t	-0,779	30,0	0,442

Tableau 114 : Résultats du test de Student sur l'item « approfondir les connaissances médicales »

Cela étant, 100 % des étudiants des trois programmes estiment qu'ils réutiliseront ce qu'ils ont appris dans le module dans le cadre de leurs études, de leurs stages pratiques ou de leur carrière professionnelle (Figure 94). Ce point est très encourageant, puisqu'il indique une réponse adéquate du module consultation aux objectifs académiques et professionnels de la formation initiale des étudiants, à savoir la pratique médicale.

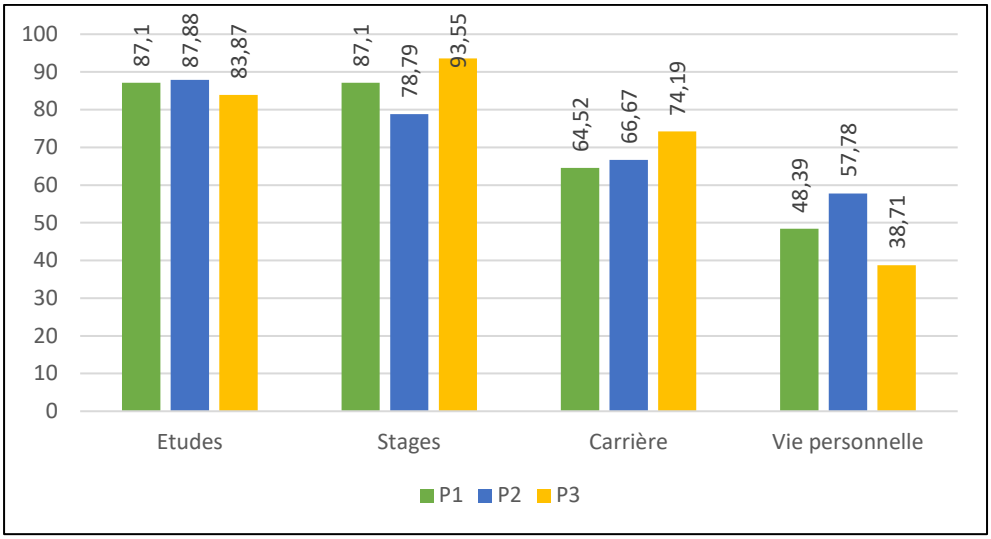


Figure 94 : Réinvestissement potentiels des apprentissages selon les étudiants des trois programmes

11.2. Bilan personnel des étudiants

À la fin de chaque semestre, il était proposé aux étudiants de dresser un bilan personnel du module, de manière anonyme, à rendre sur papier libre (Annexe 10). Peu d'étudiants se sont prêtés au jeu, seules 36 réponses ont été obtenues, soit un tiers environ des trois groupes, ce qui ne garantit pas la généralisation des commentaires à l'ensemble de la population étudiée, mais peut néanmoins éclairer notre propos : 13 bilans ont été reçus pour P1, 13 pour P2 et 10 pour P3.

Afin de dégager les éléments les plus souvent mentionnés par les étudiants, une analyse textuelle a été menée grâce au logiciel NVivo®. Une fois les 36 commentaires rentrés dans le programme, des nuages de mots ont été générés dans le but de faire ressortir les thèmes prédominants dans les commentaires des étudiants de chaque groupe (Illustration 28). Les 10 premiers mots les plus fréquents dans les commentaires de chaque groupe ont été répertoriés dans un tableau, afin de comparer les données entre elles (Tableau 115) : cinq mots sur les 10 sont communs aux commentaires des étudiants des trois programmes, à savoir consultation, cours, option, plus et très.

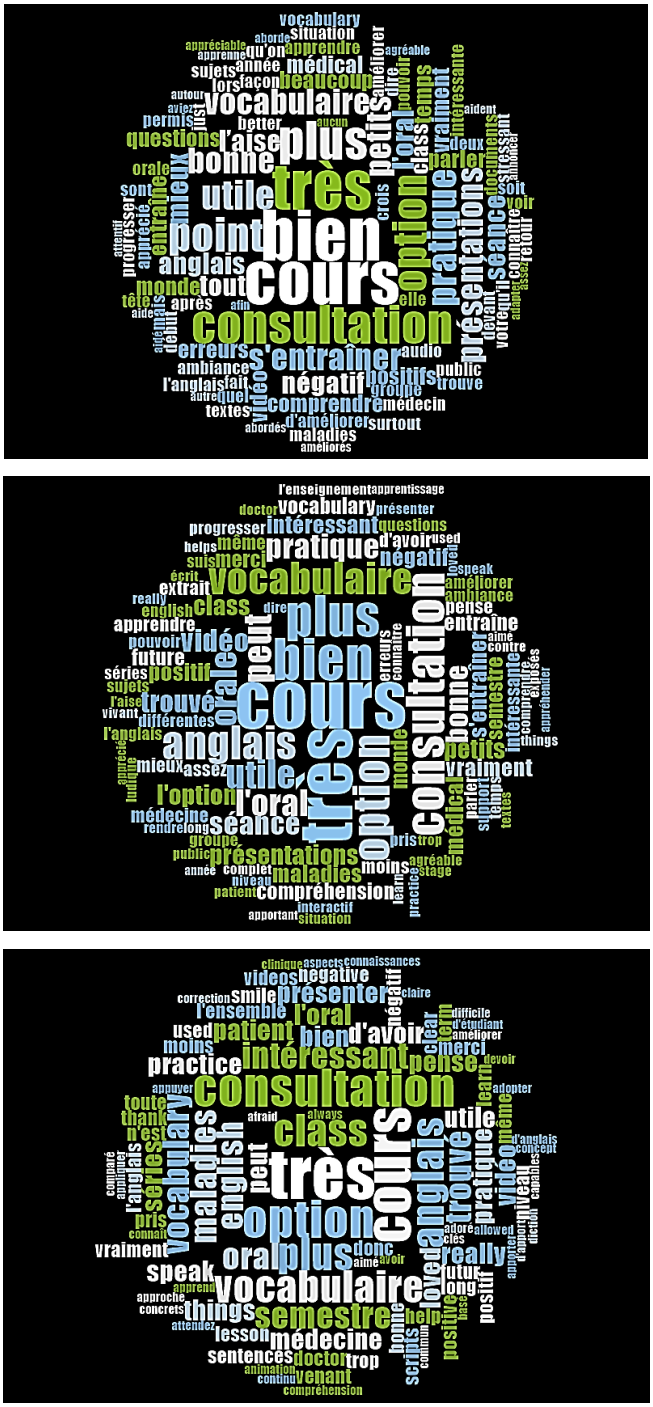


Illustration 28 : Nuage de mots créés à partir des commentaires des étudiants du P1 (haut), P2 (milieu), P3 (bas)

	P1 (n=13)		P2 (n=13)		P3 (n=10)	
POSITION	MOT	OCC.	MOT	OCC.	MOT	OCC.
1	bien	11	cours	29	très	8
2	cours	10	très	28	cours	7
3	très	10	bien	21	consultation	6
4	consultation	8	plus	20	option	6
5	plus	8	consultation	19	anglais	5
6	option	7	option	18	class	5
7	peut	7	anglais	16	plus	5
8	pratique	6	vocabulaire	15	vocabulaire	5
9	utile	6	peut	13	english	4
10	bonne	5	utile	13	intéressant	4

Tableau 115 : Rang et nombre d'occurrences des 10 mots les plus fréquents dans les commentaires des étudiants des trois programmes

Par la suite, une grille de codage a été créée dans le but de classer les informations contenues dans les commentaires par item, qui sont appelés nœuds. Cette démarche s'est appuyée à la fois sur une démarche déductive puisque les nœuds ont été créés à priori en utilisant les éléments clefs de notre recherche (consultation, communication ou document, par exemple), mais également sur une démarche inductive en faisant apparaître de nouveaux nœuds à partir du matériel et des éléments contenus dans la liste de fréquence de mots. Cette démarche avait pour but de comparer les commentaires de chaque groupe d'étudiants, en se concentrant à la fois sur les idées les plus mentionnées par les étudiants, mais aussi sur les éléments clefs de cette recherche. Certains commentaires ayant été rédigés en anglais, l'équivalent anglais de chaque terme a également été recherché afin de le prendre en compte. Ainsi, 27 nœuds ont été créés (Tableau 116), et les points permettant de répondre aux hypothèses de cette recherche ont été analysés.

Nœud	Fichiers (n=36)	Références
AISANCE	2	2
ANGLAIS MÉDICAL	4	4
COMMUNIQUER	22	24
COMPRENDRE	7	9
PARLER	14	15
S'EXPRIMER	1	1
CONSULTATION	13	14
DOCUMENT	17	17
ENSEIGNEMENT	19	24
ENTRAINEMENT	3	3
ÉVOLUTION	4	5
MÉDECINE	5	5
MOTIVATION	1	1
NÉGATIF		
APPRENTISSAGE	4	4
CORRECTION ERREUR	4	5
DURÉE	3	3
ENSEIGNEMENT	3	4
MANQUE ORAL	3	4
PRÉSENTATION ORALE	4	4
SCRIPT	2	2
PAIRWORK	8	8
PRÉSENTATION ORALE	10	13
PROGRESSER	8	8
SATISFACTION	21	31
UTILE	10	11
VOCABULAIRE	16	20

Tableau 116 : Nœuds créés à partir des commentaires des étudiants des trois groupes

11.2.1. Le module consultation

Les 36 étudiants partagent leur satisfaction quant au module, ce qui est en adéquation avec les réponses obtenues au questionnaire de fin de semestre (cf. 11.1.1) :

> Bonne option, très intéressante et enrichissante (P1)
>
> Une très bonne option qui me semble très utile pour notre cursus (P1)
>
> L'option était vraiment très bien, utile (P2)
>
> Les cours étaient très bien, l'option est très intéressante (P2)

> Je recommande pour toute personne souhaitant s'améliorer en anglais (P3)
>
> I really loved this class. Usually I don't like to go to class but this option was an exception (P3)

Ils expliquent que l'ambiance de cours est favorable au travail et à l'apprentissage:

> Bonne ambiance générale (P1)
>
> Bonne ambiance (P1)
>
> C'était vraiment sympa et je crois que tout le monde sera d'accord pour vous le dire (P1)
>
> Ambiance toujours agréable (P2)
>
> Il y a une bonne ambiance (P2)
>
> Cours dynamique, vivant et interactif (P2)

Nombreux sont ceux qui mettent la pédagogie et l'enseignant en avant. Ce point avait également été introduit dans le questionnaire de fin de module, et les réponses des étudiants indiquaient leur satisfaction :

> J'ai vraiment trouvé votre cours génial, très vivant et vous êtes une excellente prof! (P1)
>
> Professeur pédagogue apportant des conseils pertinents (P2)
>
> Les cours sont ludiques, interactif est intéressant ce qui rend l'enseignement très agréable (P2)
>
> Les vidéos sur lesquelles on travaille, les entraînements, vos blagues rendent l'option top (P2)
>
> Thank you for being that energetic, motivated and smiling all the time (P3)
>
> The humour, the fun of the class, the teacher was really fun (P3)
>
> La qualité pédagogique de l'enseignement est très satisfaisante, une bonne animation des cours qui sont vivants et interactifs (P3)

Il semble alors que l'ambiance de groupe et la pédagogie de l'enseignant sont des fondements essentiels qui favorisent l'apprentissage des étudiants en agissant sur leur état d'esprit.

11.2.2. Apprentissage de la consultation

Un des objectifs de ce module étant l'apprentissage de la consultation, il est important de noter que les étudiants insistent sur ce point. Le contrat verbal, qui est passé avec eux lorsqu'ils s'inscrivent à ce module, est qu'ils apprendront à mener une consultation complète en anglais, et à leur avis, le contrat est rempli. Toutefois, à la lecture de ces commentaires, il semble que le point important pour les étudiants est l'apprentissage de la consultation, peu importe la langue.

> C'est la première fois qu'on aborde dans sa totalité la consultation médicale (P1)
>
> L'anglais consultation permet de voir un côté pratique et complet de la médecine (P1)
>
> C'est concret, adapter à des situations réelles (P1)
>
> [le cours permet] d'approcher encore un peu plus le monde médical d'une autre façon que de simples cours à apprendre mais d'une façon plus ludique (P1)
>
> Je ne regrette pas de l'avoir pris car cela me permet d'avoir une démarche assez procédurière en vue de mes futurs stages à l'hôpital 10/10 (P2)
>
> Cette option m'a permis d'avoir un premier aperçu d'une consultation, en P2 [DFGSM2] on a aucun cours dessus et ça permet de réellement rentrer dans le domaine médical (P2)
>
> Ça va aussi servir en français (P2)
>
> [ce cours] m'a permis de vraiment mieux me rendre compte de ce à quoi une consultation en anglais ressemble, ce qui me sera forcément utile (P2)
>
> Une option très intéressante qui offre des bonnes bases pour conduire une consultation en anglais (P2)
>
> Approche globale de la consultation médicale dans tous ses aspects (P3)
>
> It will clearly help me in my future practice as a doctor and I even used it one week ago with a patient who only speaks English. The doctor with me didn't know how to do, he was afraid so I did all the consultation in English (P3)
>
> This module is very useful for our medical practice because it helps us to structure the way we lead in consultation (P3)
>
> Très bonne organisation dans l'ordre d'une consultation, explications et démarche claire, très utile dans notre vie d'étudiant

> en médecine surtout lorsqu'il y a des patients étrangers dans le service et que nous sommes capables de faire un examen clinique en anglais devant l'interne, merci ! (P3)
>
> J'ai trouvé les cours beaucoup plus concrets que l'anglais du tronc commun car appliquer notre futur métier donc plus intéressant (P3)
>
> Cette option m'a permis d'avoir des informations précises sur une consultation que nous ne voyons même pas en cours normaux (P3)

Ces derniers commentaires sont en lien direct avec l'un des objectifs de l'anglais de spécialité, qui est de répondre aux besoins du terrain des étudiants, en tant que futurs professionnels. Il semble alors que le module ainsi construit répond aux objectifs fixés dans la première partie : apprendre à mener une consultation en anglais. De plus, il apparaît que ces connaissances sont transférables en français, langue à laquelle ces étudiants seront le plus fréquemment confrontés.

11.2.3. Apprentissage de la communication pour la consultation

Si l'objectif du module est d'apprendre aux étudiants à communiquer lors d'une consultation, l'enseignement doit favoriser un travail sur la compréhension et l'expression orale, ainsi que sur l'interaction, et les étudiants des trois programmes font mention de ces points dans leurs commentaires. Tout d'abord, concernant le travail sur la compréhension orale, les étudiants du P1 expliquent :

> J'ai trouvé que je comprenais mieux (P1)
>
> J'ai trouvé bien aussi les compréhensions orales car j'ai du mal à comprendre avec l'accent (P1)
>
> Beaucoup d'oral aide à progresser (P1)
>
> The most interesting part was listening to the documents and tried to fill the blanks because that's how I memorised the words better and how they were used (P1)

Les étudiants des deux autres programmes ne mentionnent cependant pas ce point, et les réponses au questionnaire de fin de semestre ne viennent pas éclairer cette absence. En effet, deux étudiants du P2 et un étudiant du P3 l'ont indiqué dans leurs objectifs et motivations. Les trois groupes indiquent également une grande satisfaction concernant ce point avec un score de 3 sur 4 sur l'échelle de type Likert (P1 : n=17/31 ; P2 : n=19/33 ; P3 : n=19/31). Il est alors possible

d'envisager que la complexité des documents utilisés, ainsi que la faible proportion d'étudiants ayant ce point comme objectif, peut expliquer l'absence de commentaire sur la compréhension orale de la part des étudiants des P2 et P3.

À l'inverse, les commentaires concernant le travail sur l'expression orale proviennent des trois groupes, et indiquent que ce type de travail correspond à leurs attentes :

> J'arrivais plus à m'exprimer (P1)
>
> Elle m'a permis d'améliorer mon anglais d'une part après deux ans sans entraînement on perd très vite sa facilité à l'oral (P1)
>
> Cela nous pousse aussi à parler devant tout le monde ce qui peut être très stressant (P1)
>
> Favorise la participation à l'oral (P2)
>
> C'est bien que ce soit que de l'oral et pas de l'écrit (P2)
>
> Au début j'étais un peu perdu car je suis pas à l'aise à l'oral. Mais ce cours m'a permis de mieux appréhender l'oral (P2)
>
> De plus ça m'a permis d'être plus à l'aise et de m'améliorer en anglais (P2)
>
> Cette option m'a permis de moins appréhender la prise de parole en public que ce soit en anglais ou non (P2)
>
> Bonne pratique durant tout le semestre à l'oral (P3)
>
> J'ai pu améliorer ma diction (P3)
>
> On pratique beaucoup à l'oral ! (P3)
>
> I loved the fact that it was a lot of oral practice which I always miss in any kind of English lesson (P3)
>
> Je pense avoir si ce n'est progresser au moins maintenu mon niveau d'anglais ce semestre ce qui est très difficile en étant en médecine même en venant d'une section euro (P3)

De plus, les activités de pratiques orales sont également renforcées par les présentations orales faites en début de cours :

> Les présentations de début de cours pour s'entraîner à parler en anglais devant un public et même si c'est un moment stressant à passer cela m'a bien aidé à progresser (P1)
>
> Les présentations à l'oral permettent de devenir plus à l'aise, nous entraîne à parler face à un public (P1)

> Au départ la première séance, j'ai eu peur de devoir faire un exposé, mais au fil des séances l'exposé fait un bon entraînement sans trop de pression car tout le monde passe devant tout le monde (P2)
>
> Concernant les exposés ça nous entraîne à l'oral (P2)
>
> Passage oral avec beaucoup d'appréhensions mais ça s'est plutôt bien (P2)
>
> C'était bien mais le fait de devoir présenter des maladies devant toute la classe (P3)

Et par le travail en binôme de fin de cours :

> Bien de pouvoir s'entraîner à la fin de chaque cours à l'oral (P1)
>
> Utile de s'entraîner chaque séance à poser les questions (P1)
>
> Les travaux en groupe sont bien pour la pratique (P1)
>
> La mise en pratique par groupe de 2 avec les questions que nous venions juste de voir (surtout celui pour annoncer un diagnostic!) (P1)

Ce dernier point n'est toutefois pas mentionné par les étudiants des P2 et P3, même s'ils ont suivi les mêmes entrainements. Ceci est surprenant de la part du P2, puisqu'il s'agit de l'item qui arrive en première position dans la liste des points positifs du module (n=10/33). Toutefois, ce point est souvent mentionné dans les points négatifs relevés par les étudiants des trois groupes, qui reprochent un manque de correction à la fois médicale et linguistique :

> Peut-être qu'il faudrait faire plus de retour sur nos erreurs. Par exemple lors des présentations orales que le retour soit instantané quand c'est frais dans notre tête on réalise mieux ce qui est faux (P1)
>
> Je pense par contre une correction à l'oral des erreurs après la présentation serait utile pour qu'on apprenne pas des choses fausses (p1)
>
> Les erreurs orale et écrite sur le diaporama ne sont pas forcément soulignées devant tous après l'exposé (P2)
>
> C'était bien mais le fait de devoir présenter des maladies devant toute la classe sans retravailler les maladies après ça m'a un peu déçu (P3)
>
> Pas beaucoup d'apport et de correction sur notre anglais personnel (P3)

Enfin, les étudiants expliquent que ce module leur a permis d'acquérir du lexique médical propre à la consultation :

> J'ai pu apprendre plein de vocabulaire (P1)
> Cela permet aussi d'apprendre beaucoup de vocabulaire (P1)
> Vocabulaire donnée à la fin du cours très riche (P1)
> This class helps a lot with the specific vocabulary (P1)
> Permet un apprentissage variés et complet du vocabulaire (P2)
>
> Le cours a permis d'enrichir notre vocabulaire ce qui va nous aider dans notre futur métier (P2)
>
> Support nombreux et complet pour apprendre plus de vocabulaire médical qu'en anglais normal, l'option est beaucoup plus exhaustive (P2)
>
> I learnt a lot of vocabulary, sentences (P3)
>
> We learn a lot of expressions, of specific words (P3)
>
> On apprend beaucoup de vocabulaire utile au fur et à mesure des cours (P3)
>
> A lot of things learned: vocabulary, sentences (P3)
>
> Très riche en terme de vocabulaire et de tournure linguistique (P3)
>
> J'ai pu améliorer mon vocabulaire (P3)

En effet, la charge lexicale présentée aux étudiants des différents programmes est très lourde (Tableau 26). Cependant, au regard des résultats obtenus dans l'analyse quantitative, il apparaît que les étudiants ne sont capables de mémoriser et de réinvestir qu'une faible proportion de ces mots (cf. 9.1).

11.2.4. Utilisation des supports pédagogiques

Enfin, il subsiste le dernier point important : celui de l'utilisation de séries télévisées. L'analyse quantitative menée précédemment n'a pas permis de conclure à un apport bénéfique sur l'apprentissage du lexique spécialisé (cf. Chapitre 9). Pourtant, les étudiants des P2 et P3 les mentionnent dans leurs commentaires :

> Point positif : extrait de série (P2)
>
> Des vidéos qui nous montre ce qu'il faut faire et ne pas faire sont utiles (P2)

> Extrait vidéo en VO qui fait découvrir des séries et permet de s'entraîner (P2)
>
> Huge fan of series, Doctor House is in my heart (P2)
>
> Basé sur des séries qu'on connaît tous (P3)
>
> L'application à travers les séries est vraiment bien (P3)
>
> You're not allowed to tease us with series extracts in that way, this is so frustrating, but okay I loved that you use them to illustrate your lessons this was huge ! (P3)
>
> Listening to TV shows in English (P3)
>
> J'ai vraiment adoré tous les extraits vidéo qui venait appuyer les sujets vus en cours et nous divertir (P3)
>
> Fun videos, use of videos (P3)
>
> En regardant des séries en anglais j'ai trouvé cela intéressant dans cette option (P3)

Selon ces commentaires, il apparaît que l'utilisation de séries télévisées impacte l'enthousiasme et la motivation des étudiants : ils aiment ces séries et les connaissent. Un travail sur ce type de supports les rend plus attentifs et plus réactifs, et l'anglais y est authentique. Il est cependant nécessaire de comparer ces commentaires avec ceux du P1 :

> Les documents étaient très agréable (P1)
>
> Les petits extraits audio et vidéo rendent l'option plus dynamique (P1)
>
> Les documents aident bien à visualiser comment on doit faire une consultation et quel vocabulaire utilisé (P1)

On note ici une différence dans le degré de satisfaction : les étudiants semblent moins enthousiastes et seuls trois commentaires sur les 13 reçus font mention des documents, ce qui montre que l'intérêt de ce programme n'est pas les documents utilisés. Ainsi, même s'il semble que l'utilisation de séries télévisées agit de manière positive sur la motivation des étudiants, il n'y a pas de réelle adéquation entre l'utilisation de séries télévisées et l'apprentissage de la consultation.

Synthèse

L'objectif de ce chapitre était de vérifier l'impact de l'utilisation des séries télévisées sur le ressenti des étudiants, par le biais d'un questionnaire et d'un bilan anonyme rempli sur la base du volontariat. Les résultats obtenus sont sensiblement les mêmes dans les trois groupes. En effet, les étudiants se disent satisfaits quant au contenu et au programme d'enseignement reçu. Leur objectif personnel principal, à savoir la volonté de progresser, semble rempli. Toutefois, il est intéressant de noter que dès que l'on se focalise sur l'utilisation des documents, les étudiants des P2 et P3 montrent une plus grande satisfaction, ce qui vient confirmer notre hypothèse selon laquelle l'utilisation de séries télévisées affecte positivement les étudiants. En comparaison aux autres groupes, les étudiants du P2 regardent davantage de séries pendant leur temps libre à l'issue du module ; ce sont aussi ceux qui disent avoir appris le plus d'expressions en lien avec la pratique médicale. Concernant les étudiants du P3, même si leur niveau de satisfaction globale moyen n'est que de 3 sur une échelle de 4, ils sont ceux qui montrent la plus grande satisfaction quant à l'utilisation d'extraits de multiples séries, et ceux qui ont appris le plus de lexique médical. Ainsi, au regard de ces résultats, il apparaît que l'utilisation de séries télévisées impacte directement le ressenti des étudiants, que cela concerne leur ressenti face aux apprentissages, mais également face à leurs émotions.

CHAPITRE 12
DISCUSSION

L'objectif de ce chapitre est de proposer une discussion sur l'ensemble des résultats obtenus lors de la phase expérimentale de la recherche-action. Cette discussion va amener des éléments de réponse aux questions de recherche soulevées par cette étude, afin de suggérer une réponse globale à l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de séries télévisées impacte la capacité à communiquer des étudiants de médecine français. Nous rappellerons, en premier lieu, les questions de recherche soulevées par ce travail. Puis, nous discuterons les résultats obtenus par chaque groupe d'étudiants en les comparant les uns aux autres et en nous focalisant sur chaque critère de jugement de l'étude. Enfin, nous analyserons les implications didactiques de notre étude.

12.1. Rappel des questions de recherche

L'objectif principal de cette étude étant de vérifier si les séries télévisées sont utiles pour l'enseignement/apprentissage de l'anglais médical à visée

professionnelle, nous avons insisté sur le caractère approprié de cet outil en l'analysant sous le prisme de la FASP (cf. 4.2.5), mais aussi en travaillant sur le degré de réalisme présenté, que ce soit par la psychologie des personnages, ou encore par la langue employée par ceux-ci (cf. 4.2.1). L'intérêt pour cet outil ne se limite toutefois pas à la médecine ; l'enseignement du droit par le biais des séries télévisées juridiques (Di Pardo Léon-Henri, 2012 ; O'Connell, 2012 ; Chapon, 2015), ou encore la téléréalité pour l'enseignement du commerce et du management (Quain, Bokunewicz & Criscione-Naylor, 2018) ont été analysés. D'autres chercheurs se sont également intéressés à l'utilisation de séries télévisées médicales dans le cadre de l'enseignement médical (Czarny, Faden & Sugarman, 2010 ; Cowley, Naunton, Thomas, Waddington & Peterson, 2017 ; Baños, Lucena & Farré, 2019). Ces nombreuses recherches se sont penchées sur l'utilité des séries télévisées médicales pour l'apprentissage de la médecine, et l'utilisation de ces séries a été analysée dans une revue systématique dont la conclusion insiste sur le fait que les séries télévisées aident les étudiants à construire des savoirs (Hoffman, B.L., Hoffman, R., Wessel, Shensa, Woods & Primack, 2018). Cette étude révèle que *E.R.* et *Grey's Anatomy* sont les séries les plus communément utilisées pour l'apprentissage médical, et que *House, M.D.* est employée dans plusieurs études. Ces recherches ont aussi mis en avant les différents points qui peuvent être travaillés par le biais des séries comme l'éthique, la pratique professionnelle ou encore la communication médecin/patient. Sur ce dernier point, Sanders (2017) indique que le piètre comportement du Docteur Gregory House peut être utilisé pour appuyer la démarche réflexive des étudiants quant au comportement professionnel à adopter. Terry et Peck vont jusqu'à expliquer que la posture professionnelle des futurs praticiens commence à se construire en regardant des séries :

> It is through these images that are used in popular media, specifically television, where medical and nursing students, as well as those contemplating enrolling in a respective degree program, begin to develop their professional identities, belief systems, and expectations as health professionals. (2019, p.347)

Cependant, toutes les séries utilisées dans notre étude ne sont pas issues du monde médical (*The Big Bang Theory*, *Friends*, etc.), et c'est ce point qui crée

la nouveauté. À notre connaissance, les recherches qui se sont intéressées aux séries télévisées de type généraliste l'ont fait sous le prisme de la représentativité de la réalité, que ce soit par le biais du discours (Quaglio, 2008, 2009 ; Bednarek 2010, 2012), ou par la transposition à l'écran (Bataille & Hatchuel, 2012 ; Du Verger, 2012 ; Hudelet, Hatchuel & Bataille, 2013).

Puisque le critère de jugement principal de notre recherche est de comparer les effets des séries télévisées, qu'elles appartiennent au genre FASP ou non, sur l'enseignement/apprentissage de la communication de la consultation, les scènes utilisées pour le P2 proviennent uniquement de la série *House, M.D.*, et celles du P3 sont majoritairement extraites de séries généralistes, sans être ancrées dans un milieu professionnel spécifique. Cela étant, dans le but de répondre à nos questions de recherche, la sélection minutieuse des scènes garantit un travail sur une partie de la consultation (cf. 4.3), que la scène présente un médecin face à son patient (*The Ranch*, S1E03), ou deux patients parlant de leurs symptômes (*The Big Bang Theory*, S4E02). L'objectif, lorsque l'on travaille sur ce support, est de présenter une réalité fictionnelle proche de la réalité, afin d'assurer l'adéquation entre les besoins professionnels des étudiants d'une part, et leurs besoins communicationnels d'autre part, et c'est grâce à la sélection de ces scènes répondant aux objectifs pédagogiques fixés que l'enseignant peut aider les étudiants à atteindre ce but (Toffoli & Sockett, 2010, p.137).

Selon les hypothèses de notre étude, le travail sur les séries doit favoriser l'apprentissage global des étudiants, que ce soit en impactant leur motivation (Terry & Peck, 2019), ou leur adhésion au projet (Weaver, Salamonson, Koch & Jackson, 2013 ; Dos Santos, Ferraz da Silva, Heder, Gianotto, & Garrone Barauna, 2016). Notre but alors était de découvrir les mécanismes intra- ou interpersonnels qui se mettent en place suite à l'utilisation de séries télévisées, pour un apprentissage ciblé.

12.2. Discussion autour des critères de jugement secondaires

L'étude mise en place a cherché à comparer trois groupes d'étudiants en fonction des documents supports sur lesquels ils ont travaillé : les étudiants du P1

(programme traditionnel) ont suivi un enseignement qui s'appuie sur des documents didactiques, ceux du P2 sur la série *House, M.D.*, et ceux du P3 sur un panachage d'extraits de séries télévisées médicales (appartenant à la FASP) et non médicales (séries généralistes). Dans le but d'obtenir des conclusions complètes, trois critères de jugement secondaires ont été définis, à savoir l'acquisition, la mémorisation et l'utilisation du lexique, la capacité à communiquer et le ressenti des étudiants.

12.2.1. L'enseignement/apprentissage du lexique

Il est nécessaire de rappeler que dans le cadre de notre étude, l'enseignement/apprentissage du lexique s'appuie en partie sur l'utilisation des documents audio et audiovisuels de chaque programme. De nombreuses études se sont penchées sur l'intérêt de la lecture pour l'acquisition du lexique (Horst, Cobb, & Meara, 1998 ; Pellicer-Sánchez & Schmitt, 2010), mais très peu se sont concentrées sur l'intérêt de l'écoute. Une des premières études à mesurer l'impact de la télévision sur l'acquisition du lexique a révélé des différences significatives entre deux groupes d'enfants : ceux qui la regardaient accroissaient leurs connaissances lexicales tandis que le deuxième groupe d'enfants, qui ne se prêtaient pas à cette activité, ne voyait aucune amélioration en ce sens (Neuman & Koskinen, 1992). Les études suivantes sont parvenues à identifier certains points bénéfiques de l'utilisation du médium audiovisuel grâce à la charge d'*input* en L2 que ce médium peut contenir (Lindgren & Muñoz, 2013). En effet, l'écoute semble influer sur la capacité à mémoriser le lexique, en permettant notamment la reconnaissance de mots ou de sons (Van Zeeland & Schmitt, 2013 ; Zhang & Graham, 2020). Cependant, il semble que cette capacité est le résultat d'un niveau d'aptitude en compréhension orale dans la langue, ou de connaissances lexicales déjà présentes (Vidal, 2011). Ainsi, l'acquisition lexicale peut être favorisée par une construction pédagogique axée sur la forme, attirant ainsi l'attention des apprenants sur des informations phonologiques ou encore sémantiques (Laufer, 2005 ; Laufer & Girsai, 2008). L'enseignant guide les apprenants en

travaillant le lexique avant de passer à une phase de compréhension orale, qui va les aider à réinvestir immédiatement ce qu'ils ont découvert, dans le but d'ancrer ce nouveau savoir dans leur mémoire de travail. Cela vient complémenter les recherches qui se sont intéressées à la fréquence de présence de mots, notamment ceux qui sont importants pour la situation de communication visée : « Technical words were defined as words closely related to the topic » (Peters & Webb, 2018, p.7). En effet, l'étude menée par Peters et Webb (2018) a démontré les effets suivants sur l'acquisition du lexique par le biais du visionnage de film :

> 1) that vocabulary learning is likely to occur through viewing more ecologically valid TV programs, 2) that learners' prior vocabulary knowledge affects their learning gains, 3) that there is a positive relationship between frequency of occurrence and learning. (p.32)

Outre les données physiologiques sur l'apprentissage du lexique, nous nous sommes efforcés de mettre en application les recherches portant sur l'acquisition du lexique, afin d'asseoir le bien-fondé scientifique de notre étude. Pour cela, un long travail de recherche a été entrepris dans le but de cadrer la charge lexicale à incorporer dans ce nouveau module, et par la suite de le décliner en trois programmes distincts :

> The most important job of the vocabulary teacher is to plan. Planning involves choosing the most appropriate vocabulary for a particular group of learners and making sure that there is a suitable balance of opportunities for learning. (Nation, 2011, p.2)

Le travail préparatoire de construction des supports communs aux trois programmes (cf. 5.1.2) a permis de dégager les éléments lexicaux à haute fréquence nécessaires à la situation de communication visée, en ayant recours à la linguistique de corpus (Yang, 2015 ; Quero & Coxhead, 2018). Afin de parfaire cette liste, et d'en évaluer la pertinence, un second corpus a été créé à partir de rapports de cas cliniques disponibles sur les sites Internet de quatre revues médicales réputées. Les étudiants des trois programmes ont donc été exposés à un nombre similaire de types par le biais des documents communs mais aussi grâce à ceux propres à leur groupe d'appartenance (P1 : n=1 303 ; P2 : n=1 265 ; P3 : n=1 357). Un des premiers éléments à mesurer concernant l'apprentissage lexical était alors de vérifier s'il existait une adéquation entre la

fréquence d'exposition et la capacité à mémoriser et à utiliser les types en contexte.

Dans les résultats comparatifs des pré- et post-tests, nous avons noté une progression dans la connaissance de ces termes par les étudiants. En effet, sur ce point, les résultats indiquent que les trois groupes ont progressé, même si la courbe de progression des étudiants du P2 est plus homogène par rapport aux deux autres groupes. Il était alors nécessaire de regarder de plus près les productions orales des étudiants afin de savoir si, en plus d'avoir mémorisé ces types, ils étaient capables de les utiliser à bon escient. La consultation médicale requiert la capacité du médecin à employer le niveau de langue adéquat. Ainsi, on était en droit d'attendre que les étudiants fassent la distinction entre lexique spécialisé et lexique courant lors de l'évaluation finale. Le terme *shortness of breath* va servir d'exemple pour défendre ce point. Il est introduit lors du TD2 dans le document support commun, et est présent dans un seul document du P1. La connaissance des deux formes est également testée dans le pré-/post-test afin de découvrir si les étudiants connaissent la forme non spécialisée et son équivalent spécialisé *dyspnoea*. Les résultats du pré-/post-test indiquent que deux étudiants du P3 sur les 95 ne connaissent pas l'équivalence à l'issue du module, trois (deux issus du P1 et un du P2) l'ont appris au cours du module et que les 90 autres la connaissaient à leur entrée dans l'étude. Lorsque l'on se concentre sur les mêmes termes dans les productions orales, on pourrait penser que les étudiants du P3 font l'amalgame entre lexique spécialisé et lexique courant, mais quatre d'entre eux nuancent leur propos en définissant le terme spécialisé par son équivalent courant (Illustration 29) :

t your clinical exam now, in inspection I can see dyspnea and so you cough and on auscultation I can hear	68.txt
n saw that you have difficulty breathing which is dyspnea and you are coughing. On auscultation, I heard cr	69.txt
to look at you. I notice, we can see a dyspnea. I'm going to listen your lungs. I can hear	60.txt
an hear you have shortness of breath what we call dyspnea, so you're breathlessness D: on auscultation I di	93.txt
in the, concerning the your respiration I found a dyspnea which is shortness of breath D: and then on auscu	91.txt
on your clinical exam so I noticed on inspection dyspnea which means shortness of breath D: on auscultatio	92.txt

Illustration 29 : Utilisation du terme spécialisé *dyspnea* dans les productions orales des étudiants

Nous pourrions aussi penser que l'utilisation du lexique lors de l'évaluation finale est dépendante du lexique contenu dans la fiche donnée aux étudiants (cf.

5.1.3.1). Le terme spécialisé *myalgia* est introduit lors du TD2 et apparaît dans le cas clinique *Chris Cross* sur lequel trois étudiants de chaque programme ont été évalués (cf. 5.1.3.1). Sur les neuf candidats, six emploient le terme spécialisé (P1 = 1 ; P2 = 3 ; P3 = 2) et quatre d'entre eux l'explicitent : deux candidats du P2 et deux candidats du P3 (Illustration 30) :

Anti-Inflammatory D... to reduce fever and relieve myalgia. D: It's a pain in the muscle. D: But	36.txt
aids to reduce your fever and relieve myalgia D: myalgia? D: it's..; it the fact that your muscles hurt	68.txt
on steroids aids to reduce your fever and relieve myalgia D: myalgia? D: it's..; it the fact that your	68.txt
or, in order to reduce your fever or relieve your myalgia. D: Myalgia it's pain of your muscles, if your	37.txt
treatment to reduce your fever and to reduce your myalgia D: this is when you, how you feel painful, when	70.txt
to reduce your fever or relieve your myalgia. D: Myalgia it's pain of your muscles, if your muscles hurt	37.txt
take NSAIDs in order to reduce fever and relieve myalgia, one tablet every four hours when you need it. An	6.txt
ou NSAED to reduce your fever and to relieve your myalgia. So you have to take one tablet every four hours	35.txt

Illustration 30 : Utilisation du terme spécialisé *myalgia* dans les productions orales des étudiants

Ces deux exemples indiquent que certains étudiants ont compris la nuance qui devait être faite entre lexique spécialisé et lexique courant lors de la consultation médicale. En effet, parmi ceux qui utilisent le terme spécialisé, certains le définissent également en donnant son équivalent courant. Il apparaît également que les étudiants du P1 semblent le moins à l'aise avec cette nuance.

Ainsi, les résultats des études menées sur l'utilisation et la mémorisation du lexique ne laissent pas entrevoir le bénéfice de l'une des méthodologies par rapport aux autres. Dans chaque programme, les étudiants bénéficient d'une écoute ou d'un visionnage de consultation médicale impliquant soit des professionnels de santé uniquement, soit des patients uniquement, soit des médecins avec leur patient. Il semble alors que les éléments de réponse résident ailleurs, peut-être dans la capacité des étudiants à retenir ce lexique :

> The very notion of strategies being learner-initiated actions connotes the inherent relationship between strategies and individual difference factors such as motivation, self-efficacy, gender, learning background, and learning styles. (Gu, 2003, n.p.)

En effet, les facteurs inhérents à chaque participant sont des variables face auxquelles le chercheur n'a pas ou peu de prise. Elles peuvent toucher à la physiologie avec, par exemple, l'aptitude de l'étudiant à apprendre une langue ou encore sa capacité à mémoriser. Mais elles peuvent aussi avoir trait à la

psychologie de l'étudiant, avec notamment sa motivation à apprendre ou son intérêt pour la matière. Une dernière variable sur laquelle le chercheur ne peut avoir la main concerne la confrontation à l'anglais. En effet, les participants à notre étude bénéficient tous de cours d'anglais en dehors de ce module, et certains apprentissages du module consultation peuvent aussi être présents dans les autres cours. Le sigle *STI* (*sexually-transmitted infection*) fait partie du programme lexical des cours d'anglais dispensés en DFGSM3. Ce terme a été testé lors du pré- et post-test, et il ressort que 43 étudiants ont acquis cet élément entre le début et la fin du module. S'il n'est pas possible d'affirmer que l'apprentissage est dû uniquement au module consultation, nous pouvons tout de même supposer que l'apprentissage en parallèle de ce terme aide à la mémorisation. Mais il faut aussi penser à d'autres types de confrontation avec l'anglais, en dehors du contexte universitaire, tels que le visionnage de séries ou de films en version originale. Cette activité fait en effet partie du quotidien des étudiants, et si le visionnage régulier de séries ou de films en version originale permet une meilleure acquisition du lexique, nous sommes en droit de penser que ce que les participants à notre étude font pendant leur temps libre a aussi pu impacter leur apprentissage du lexique. Nous avions interrogé les participants quant à leurs habitudes concernant les séries, avant et après qu'ils aient suivi le module (Tableau 102) ; le fort pourcentage d'étudiants qui regardent des séries télévisées en anglais peut expliquer la faible progression de ce chiffre à l'issue de l'étude. Toutefois, la progression la plus forte a été notée dans le P2 : il est alors possible que le fait de ne suivre qu'une série peut aider les étudiants à s'acclimater au genre de la série, à ses personnages, ainsi qu'aux accents, leur donnant davantage confiance dans leur capacité à suivre d'autres séries sur le même principe. L'apprentissage informel par le biais des séries télévisées se trouve alors accru (Sockett, 2014), et si le fait d'utiliser ce type de médium lors d'un cours d'anglais incite par la suite les étudiants à s'adonner à ce passe-temps, l'enseignant ne peut que se féliciter d'avoir amené ses étudiants à se confronter davantage à l'anglais en dehors de la classe, notamment ceux pour qui l'anglais n'est pas un enseignement fondamental :

> As language educators, we should encourage students to find ways to incorporate language learning into their everyday lives. (Godwin-Jones, 2018, p.12)

12.2.2. L'enseignement/apprentissage de la communication

Il existe un réel vide dans la recherche concernant l'apprentissage de la communication entre un médecin et son patient en France. Une preuve simpliste consiste à entrer trois mots clefs en anglais, puis en français dans le moteur de recherche Google Scholar® : « *doctor patient communication* » obtient 2 250 000 réponses, tandis que « communication médecin patient » n'en obtient que 78 700. Il a pourtant été démontré qu'une bonne maîtrise communicationnelle contribuait à la création d'une relation médecin/patient efficace, ainsi qu'au bien-être du patient (Cämmerer, Martin & Rockenbauch, 2016 ; Kee, Khoo, Lim & Koh, 2018). C'est la raison pour laquelle l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation a pris de l'ampleur ces dernières années (Cämmerer, Martin & Rockenbauch, 2016), et que diverses formations ont été mises en place afin de pallier ce manque. Ces formations s'appuient sur des concepts communs tels que la pratique répétée, la rétroaction ou *feedback*, la structuration en étape de la démarche d'apprentissage, l'évaluation formelle de l'apprentissage, la découverte et l'application sur le terrain (Millette, Lussier & Goudreau, 2004 ; Giroldi, Veldhuijzen, Geelen, Muris, Bareman, Bueving, Van der Weijden & Van der Vleuten, 2017 ; Moral, García de Leonardo, Caballero Martínez & Monge Martín, 2019). Ces différentes formations mettent particulièrement l'accent sur l'importance de la pratique répétée, guidée et évaluée de la performance communicative dans le but de la maîtriser :

> Role-play is of particular importance, since it allows the students to experience realistic communication situations in a controlled environment. The students have the opportunity to try different roles to practically apply the communication techniques that have been taught in a defined sample situation. (Cämmerer *et al*., 2016, p.2)

De plus, la pratique réflexive qui accompagne cette mise en pratique régulière va venir modifier le comportement des participants, les aidant ainsi à gagner en autonomie et en efficacité :

> The value of repeated practice and reflection ensures that communication strategies are integrated into the learners' personal repertoire. (Giroldi *et al.*, 2017, p.1275)

Toutefois, ces formations semblent efficaces sous deux conditions : il est tout d'abord nécessaire que les participants adhèrent au projet, mais aussi qu'ils en fassent bon usage (Giroldi *et al.*, 2017, p.1275 ; Moral *et al.*, 2019, p.55). Notre étude est alors parfaitement ancrée dans le contexte de la recherche sur la formation en communication des (futurs) professionnels de santé. Un protocole et une évaluation spécifique de la capacité à communiquer ont été mis en place par le biais de la grille d'évaluation de l'examen final. Cette grille a été établie en utilisant des ressources créées par des professionnels issus du monde médical ; l'adéquation entre les objectifs fixés, les items d'évaluation et la pratique professionnelle est donc renforcée.

L'analyse de ces grilles a révélé que les étudiants des trois programmes obtenaient des scores sensiblement similaires aux grades 1 et 2, ne laissant pas paraître une suprématie de l'un des trois programmes sur les autres. En effet, les étudiants du P1 obtiennent la meilleure moyenne, même si l'écart entre les notes est le plus faible chez les étudiants du P3. Ces résultats, dont la différence n'est pas significative statistiquement, n'indiquent pas un effet de la modalité d'apprentissage sur la performance des participants. Pourtant, ces mêmes analyses ont démontré que les étudiants du P1 obtenaient moins de grade 0 que les deux autres groupes, indiquant une meilleure maîtrise de la compétence communicationnelle globale de la consultation par rapport aux étudiants des P2 et P3. Les étudiants de médecine sont habitués à l'apprentissage par cœur ; le fait que les étudiants du P1 ont bénéficié d'exemples plus concrets de la construction de la relation médecin-patient dans les documents peut expliquer ces meilleurs résultats. Il faut cependant envisager ces éléments en y ajoutant un facteur supplémentaire, à savoir la pratique en binôme à la fin de chaque séance, qui a été mise en place dans les trois groupes. Cette pratique a été mentionnée

dans les points positifs du module par les étudiants du P2 et du P3, mais pas par ceux du P1, bien qu'ils en aient également bénéficié. Il apparaît alors que les étudiants des P2 et P3 y voient un intérêt dans le sens où ce travail à deux leur permet de s'entraîner à communiquer avec un patient, en utilisant les documents, mais aussi en s'appuyant sur les retours émis par leur partenaire, dans le but de progresser. Le *peer-feedback* semble être un atout majeur pour combler le manque de ressources disponibles dans les documents utilisés, pour aider les étudiants à progresser dans la tâche ciblée, et pour développer leur compétence communicative (Dooley & Bamford, 2018 ; Huisman, Saab, Vand Den Broek & Van Driel, 2019 ; Lerchenfeldt, Mi & Eng, 2019).

Également, les analyses menées sur les données de l'évaluation finale indiquent que les étudiants du P1 sont les plus à même de mobiliser les connaissances communicationnelles présentes dans les documents étudiés. En effet, ils sont les plus exposés aux expressions de la prise d'antécédents, de l'examen clinique et de l'annonce du diagnostic, et sont ceux qui les emploient le plus, démontrant ainsi qu'un taux d'exposition élevé peut impacter la compétence communicationnelle (cf. 10.2.1). Ce point confirme que les documents didactiques sont plus efficaces pour l'acquisition des bases communicationnelles pour la pratique professionnelle. La création de ce type de documents, axée sur des points d'apprentissage spécifiques tels que l'annonce d'une pathologie ou la pratique de l'examen neurologique, impose l'insertion d'un plus grand nombre d'expressions ou de termes en lien avec cette situation. À l'inverse, les séries télévisées n'ont pas d'objectif pédagogique, et les scènes décrivant ce type d'acte ne s'appuient pas forcément sur un nombre suffisamment important d'expressions ou de termes permettant leur mémorisation par les étudiants. De ce fait, l'utilisation de séries télévisées montre ici ses limites ; les documents didactiques sont plus complets, et visent l'acquisition de la langue en lien avec des pratiques spécifiques, ce qui impacte le nombre d'occurrences linguistiques présentes.

Néanmoins, l'analyse conversationnelle et discursive menée sur les productions orales des étudiants a mis en lumière un point extrêmement important pour cette recherche. Les étudiants du P2 principalement, mais aussi ceux du P3, semblent

adopter la posture incongrue de Gregory House dépeinte dans les extraits de la série éponyme. Les stratégies énonciatives qu'ils mettent en place et emploient semblent inadaptées puisque les étudiants ont recours à un questionnement très bref et trop incisif, ou encore à une utilisation du lexique principalement spécialisé. Ils semblent alors prendre le modèle présenté pour le plus adéquat, sans s'interroger sur l'éventuelle légitimité de celui-ci (cf. 4.2.5). De précédentes études (Marks Greenfield, 1984 ; Derville, 1997) ont montré que l'impact des séries télévisées s'inscrit profondément dans les références mentales des individus, en modifiant les connaissances et les comportements que l'individu a acquis depuis l'enfance. Ces modifications peuvent se retrouver dans les comportements sociaux, ou encore linguistiques (Compte, 2013). Bandura (1980) a tenté de prouver que le modèle issu de la fiction est également un modèle pour la vie sociale, surtout lorsqu'il présente des personnages et des situations proches de la vie du téléspectateur. Damasio (1995) estime qu'une situation de fiction surprenante, choquante ou encore comique peut déstabiliser le téléspectateur en créant une réaction émotionnelle forte venant ainsi modifier les conceptions et représentations existantes de l'individu. Les séries télévisées, mais aussi le cinéma, sont alors des outils puissants qui influencent les représentations de chacun, et impactent celles-ci en les modifiant et en les faisant évoluer, ce qui « donne forme aux attitudes et comportements » (Compte, 2013, n.p.). Une simulation de consultation à mi-parcours pendant le semestre aurait pu prévenir ce problème d'amalgame, et potentiellement éviter que certains étudiants ne s'octroient l'attitude et le comportement de House (cf. 4.3.1). Cela étant, notre question de recherche visant la communication entre un médecin francophone et un patient étranger ne maîtrisant pas le français, nous sommes en droit de nous interroger sur la pertinence d'un tel comportement. Il ne s'agit évidemment pas d'encourager les étudiants à être méprisant dans leur posture professionnelle, mais plutôt d'être le plus direct et simple possible dans le message qu'ils ont à faire passer. Les étrangers peuvent potentiellement avoir un niveau d'anglais très faible, et seraient, de ce fait, satisfaits d'un médecin qui emploie du lexique spécialisé dont les racines sont les mêmes dans bon nombre de langues (cf. 1.3.3), ou un médecin qui pose des questions très simples et très

directes tel que le font les étudiants qui ont adopté House comme modèle. Il semble cependant nécessaire de prendre le temps d'expliquer et d'échanger avec les étudiants sur ce comportement inadapté, afin d'éviter qu'ils n'en fassent usage face à un patient français, qui pourrait se trouver offensé.

Avant de clore cette discussion sur la compétence communicationnelle des participants, il est important de rappeler un point majeur. Dans le questionnaire de satisfaction rempli par les étudiants à la fin de la période d'enseignement, mais avant l'examen, 12,9 % des étudiants du P1, 24,24 % des étudiants du P2 et 32,26 % des étudiants du P3 n'avaient pas répondu à la question portant sur leur degré de satisfaction concernant les modalités de l'évaluation finale. Ces indications révèlent le niveau d'anxiété des étudiants face au format de cet examen auquel ils n'étaient pas habitués, et leurs inquiétudes peuvent avoir eu un impact sur leur performance communicative lors de l'examen, ce qui rend l'analyse et l'interprétation des résultats plus difficile (Isen, Rosenzweig & Young, 1991 ; Blanchette & Richards, 2010).

12.2.3. Ressenti des étudiants/participants

De nombreuses études ont été menées sur les attitudes des apprenants à l'égard de l'apprentissage des langues par le biais de vidéos Ces études ont examiné l'opinion des apprenants concernant leur compréhension des vidéos (Brett, 1997 ; Gruba, 2004 ; Hasan, 2000 ; Sueyoshi & Hardison, 2005), l'apprentissage du vocabulaire en regardant la télévision (Talavan, 2007 ; Webb & Rodgers, 2009), leur ressenti vis-à-vis de l'utilisation de vidéos sous-titrées (Chung, 1999 ; Vanderplank, 2016), et leur expérience générale d'apprentissage de la langue en regardant des vidéos (Baltova, 1994 ; Sueyoshi & Hardison, 2005 ; Webb, 2014).

Notre objectif quant à l'utilisation de séries télévisées en contexte universitaire, était de vérifier si celles-ci impactaient, entre autres, le ressenti, les émotions et la motivation des étudiants. Les données obtenues grâce au questionnaire de satisfaction de fin de semestre et au bilan personnel rédigé anonymement par les participants révèlent que l'utilisation des documents est mentionnée de manière

positive par les étudiants des P2 et P3 : cet élément est en troisième place des points positifs listés dans le groupe P2, et le premier dans le groupe P3. Ce point est également présent dans les bilans anonymes des étudiants, avec cinq commentaires pour le P2 (sur 13 reçus) et sept pour le P3 (sur 10 reçus) : 63 % des participants du P2 et 83% des participants du P3 expliquent que leur capacité à communiquer en anglais ou leurs progrès dans cette matière sont dus aux documents, contre 51 % pour les étudiants du P1. On note ici le fort impact de l'utilisation d'un panachage de séries télévisées par rapport aux deux autres modalités, non pas sur la performance effective (les étudiants du P3 sont ceux qui emploient le moins le lexique des documents lors de l'évaluation finale), mais sur le ressenti des étudiants. Ceci rejoint le fait que l'enseignant qui tente de pénétrer le monde de l'étudiant en utilisant des documents qui font partie de leur quotidien a plus de chance de rendre l'apprentissage et l'enseignement pertinent, de leur point de vue. L'adhésion au projet est alors plus grande, l'attention est décuplée, et les émotions impactent la manière dont l'étudiant intègre les savoirs et est capable de les mobiliser par la suite (Hascher, 2010 ; Tyng, Amin, Saad & Malik, 2017). Ceci renvoie à un autre point largement repris par l'ensemble des trois groupes, à savoir la pédagogie mise en place. Le module, tel qu'il a été construit, a bouleversé les codes connus par les étudiants ; il ne s'agit pas d'un cours magistral auquel ils sont tant habitués, ni d'un cours uniquement basé sur les échanges entre enseignant et étudiants. Ils y ont découvert une approche de leur pratique professionnelle, dans une langue étrangère, s'appuyant sur des documents inédits pour deux des trois groupes. L'impact des documents n'est pas central ici, il s'agit davantage de démontrer que la manière dont le cours est construit agit de manière positive sur les émotions des participants, et ainsi sur leur adhésion au projet d'enseignement/apprentissage. Pour chaque item du questionnaire de satisfaction concernant la pédagogie ou l'enseignant, la majorité des étudiants des trois groupes a noté l'item avec le grade le plus élevé (cf. 11.2). L'interactivité offerte par ce cours (travail en binôme), ainsi que l'apprentissage collectif (présentations orales, *peer-feedback*) semblent être des facteurs renforçant la motivation et l'adhésion des étudiants à l'apprentissage.

12.2.4. Bilan de la discussion

Les discussions portant sur les critères de jugement secondaires imposent de dresser un bilan en vue de répondre à notre hypothèse de départ. Les résultats des analyses quantitatives ne permettent pas d'affirmer que l'un des trois programmes est plus bénéfique que les autres pour l'apprentissage de la communication de la consultation médicale : les connaissances lexicales des étudiants des trois groupes ont progressé, et ils montrent une meilleure maîtrise de la compétence communicationnelle. Bien qu'agissant positivement sur la motivation et la perception de réussite des étudiants, les séries télévisées semblent pourtant jouer sur la construction des savoir-faire et des savoir-être en influençant et en modifiant la représentation de la posture professionnelle du médecin chez les étudiants.

Une amélioration de différents points de cette expérimentation aurait pu obtenir des résultats différents. Tout d'abord, la conception du pré- et post-test visant davantage le lexique contenu dans les documents aurait pu être un meilleur indicateur de l'acquisition lexicale réelle des étudiants, en fonction de leur programme. Une évaluation finale sans guidage matériel aurait permis de mieux mettre en évidence les savoirs propres à la construction et au déroulement de la consultation, mais aussi, les connaissances lexicales des étudiants. Concernant la modification des représentations de la posture du professionnel de santé chez les étudiants, deux éléments sont à réfléchir. D'un côté, une évaluation formative à mi-parcours sous forme de jeu de rôle aurait permis de recadrer ces éventuels défauts comportementaux. Aussi, une meilleure sélection des scènes prenant garde de ne montrer que des postures correctes aurait évité une assimilation erronée du comportement du médecin. Il est alors nécessaire de se demander si le fait de supprimer les scènes avec le Docteur House pourrait être bénéfique. En effet, cela éviterait l'amalgame qui a pu être induit chez certains étudiants concernant la posture professionnelle à adopter dans le contexte d'une consultation. Toutefois, cela reviendrait à ne plus s'appuyer sur ce personnage emblématique qui a rendu la série si attrayante dans la population étudiée. Peut-être serait-il alors judicieux d'ajouter un nouvel objectif au module consultation, celui d'une pratique réflexive sur la posture professionnelle ?

Toutefois, cette étude avait pour objectif principal l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale, et elle semble y avoir répondu. Même s'il ressort des travers dans la manière de procéder des participants, ainsi que dans la conception de l'étude, on ne peut qu'espérer que l'expérience qu'ils acquerront dans la suite de leur formation viendra parfaire cette compétence, les amenant à devenir des praticiens communicants autonomes et efficaces.

12.3. Implications didactiques de la recherche

Cette recherche est largement ancrée dans la didactique de l'anglais de spécialité. Elle visait l'expérimentation d'une nouvelle méthodologie d'enseignement/apprentissage en s'appuyant sur celles existantes. De par son objectif professionnalisant répondant aux besoins du terrain des étudiants, elle s'est également appuyée sur les recherches issues du domaine spécialisé. Il semble alors pertinent de revenir sur les résultats obtenus pour les mettre en lien avec le domaine de la recherche en didactique.

12.3.4. De la didactique générale à la didactique de l'anglais de spécialité

Les différents modèles concernant la didactique des langues-cultures utilisés dans la première partie de cette thèse servent de base à notre réflexion. Dans ces modèles traditionnels, la relation entre les différents acteurs est souvent représentée sous forme de triangle avec les savoirs au sommet, l'enseignant et les apprenants à la base du triangle. Cependant, dans le cadre de l'enseignement d'un domaine spécialisé, l'analyse des besoins des étudiants a plutôt tendance à les placer au sommet, puisque ce sont leurs besoins qui vont ensuite définir les savoirs à acquérir et les méthodologies à mettre en place pour favoriser leurs acquisitions. Cela étant, il semble qu'un simple inversement des pôles n'est pas suffisant pour envisager la didactique de l'anglais de spécialité dans son intégralité.

Sarré et Whyte (2016) ont défini une liste de caractéristiques de la didactique de l'anglais de spécialité en s'appuyant sur les travaux de recherche du groupe de travail DidAsp du GERAS :

- Interaction entre les savoirs et les savoirs langagiers propres au domaine d'expertise ;

- objectif centré sur la réalisation de tâches concrètes affiliées au domaine spécialisé ;

- analyse des besoins éclairant la construction d'un enseignement ;

- contraintes institutionnelles ;

- hétérogénéité du public d'apprenants ;

- obligation d'un enseignement de l'anglais impactant la motivation des étudiants ;

- taille des groupes-classe ;

- durée de l'enseignement réduite ;

- focus sur la performance langagière au dépend de la correction de la langue ;

- centré sur le développement de compétences langagières ;

- utilisation de ressources authentiques ;

- recours à des méthodologies d'enseignement spécifiques ;

- recours à un système d'évaluation en lien avec le domaine spécialisé ;

- enseignant de langue non formé au domaine spécialisé.

Ces caractéristiques sont très largement tournées vers l'enseignement, et semblent mêler, outre les contraintes administratives (taille des groupes et durée de l'enseignement, par exemple), les objectifs académiques et les objectifs professionnels en lien avec le public d'apprenants. Il est alors intéressant de se demander si le fait de cloisonner les axes académiques et professionnels, et de ne prendre en considération que l'objectif

professionnel des étudiants, pourrait être un meilleur point de départ à la recherche en didactique de l'anglais de spécialité.

La consultation est un élément clef de la pratique médicale, en témoigne le nombre important de publications sur ce sujet, et sur la construction des savoirs de celle-ci. Toutefois, la formation à la communication lors de la consultation n'est que peu présente dans les parcours disciplinaires, laissant les professionnels de santé construire cette compétence sur le tas :

> Les médecins généralistes n'ont pas avec leur patient de stratégie de communication clairement établie. Bien que conscients de l'importance de la communication dans leur exercice quotidien, les médecins généralistes utilisent des méthodes empiriques basées sur leur instinct, évoluant au gré de leur expérience. Pour remédier à ce constat, il faudrait (…) intervenir au moment de la formation des étudiants en développant l'apprentissage de la communication. (Sala, 2018, p.36)

C'est la raison pour laquelle les recherches en didactique professionnelle peuvent apporter un profond bénéfice à la création de formations répondant aux besoins professionnels des apprenants :

> La didactique professionnelle s'efforce de caractériser l'activité de travail réel en situation pour identifier les compétences et ressources mises en œuvre par le professionnel et, le cas échéant, élaborer des propositions au service de l'ingénierie de formation initiale ou continue, privilégiant une approche par les situations de travail. (Piot, 2018, n.p.)

12.3.5. De la didactique de l'anglais de spécialité à la didactique professionnelle

La didactique professionnelle propose une démarche analytique qui vise à enrichir les connaissances du domaine de spécialité. Ceci doit alors permettre de créer une offre de formation qui soit en adéquation avec les besoins du terrain. Cette analyse s'effectue en trois plans :

> 1. Analyse des situations de travail et de leurs principales variables ;

> 2. Analyse des activités des personnes dans ces situations ;
>
> 3. Analyse des ressources utilisées ou à construire pour agir dans et sur ces situations passant par l'identification d'éléments […] centraux dans l'activité des professionnels du domaine concerné. (Tourmen, 2014, p.14)

Cette démarche a été la nôtre dans la première partie de cette thèse. L'analyse de la consultation, de ses acteurs, de ses tenants et aboutissants a permis par la suite de définir les objectifs d'une formation pour les étudiants de médecine. Ce n'est qu'après avoir envisagé l'ensemble de ces données que nous nous sommes tournés vers la didactique des langues-cultures et vers celle de l'anglais de spécialité, dans le but de construire une formation cherchant à répondre aux objectifs professionnels de notre public cible. Ainsi, si l'objectif de la didactique de l'anglais de spécialité est d'amener des solutions d'enseignement aux problèmes de terrain des apprenants, la modélisation du panel d'éléments à prendre en compte devient nécessairement plus conséquente (Figure 95). Il convient dans un premier temps d'identifier les savoirs, savoir-faire et savoir-être relatifs au contexte d'emploi. Une fois cette identification faite, l'organisation de ces nouveaux savoirs est nécessaire dans le but de planifier un enseignement qui réponde à ces besoins. Cela passe par une planification de l'action dans le temps en identifiant les situations cibles et les ressources disponibles pour l'enseignement/apprentissage. Cette phase va de pair avec la représentation des savoirs. En effet, les concepts, les valeurs et les fonctions de ces savoirs vont donner du sens à la formation. L'analyse croisée de ces trois phases vise à produire une formation de qualité répondant aux besoins professionnels des apprenants, les guidant ainsi vers l'autonomie et la performance professionnelle.

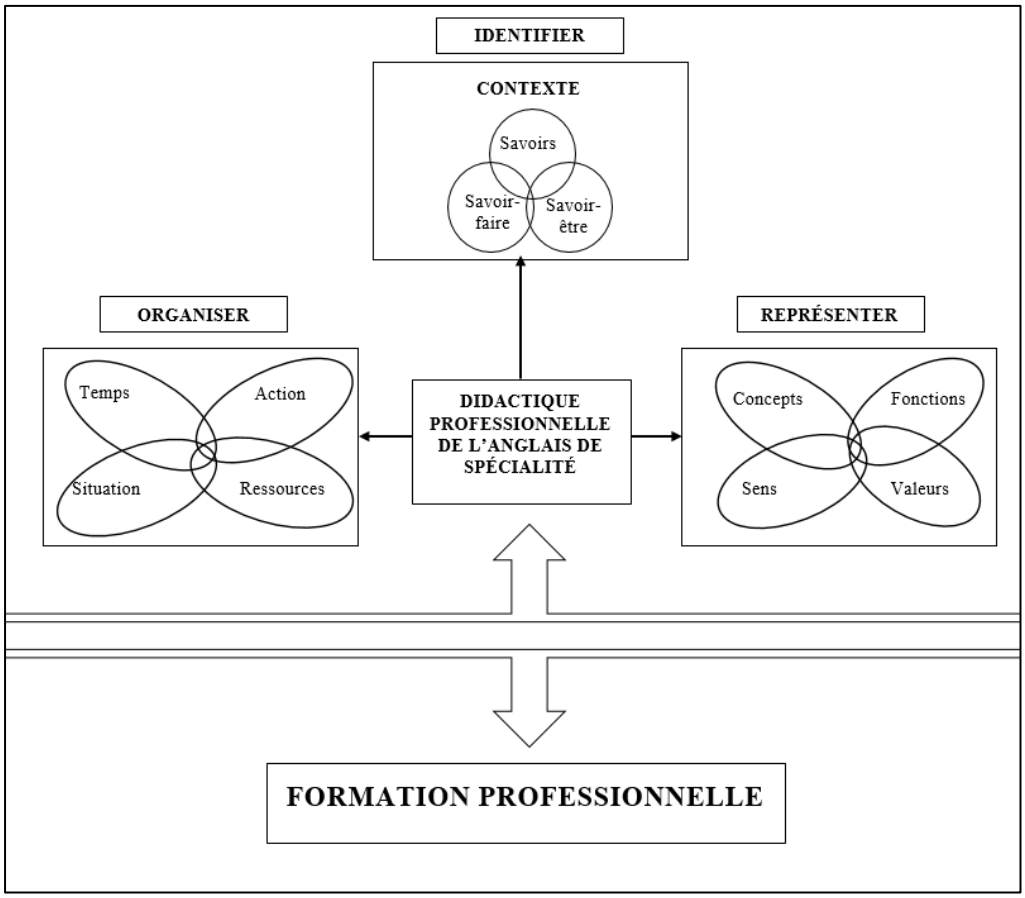


Figure 95 : Modélisation des interactions de la didactique professionnelle de l'anglais de spécialité

Synthèse

Les résultats de l'analyse des données obtenues par le biais du pré- / post-test et grâce à l'évaluation finale ne révèlent pas l'avantage de l'un des trois programmes pour l'acquisition lexicale ou pour la maîtrise de la compétence communicationnelle. Toutefois, les étudiants des P2 et P3 semblent adopter la posture professionnelle dépeinte dans les documents propres à ces deux programmes, ce qui indique que l'utilisation de séries télévisées modifie les représentations mentales des participants par le biais d'un impact cognitif. Toutefois, l'analyse des bilans de fin de semestre, guidé pour le premier et libre pour le second, permet de compléter nos réponses à l'hypothèse de départ. Au regard des résultats, il semble que l'utilisation de séries télévisées a un impact fort sur les émotions des étudiants. Néanmoins, elles ne représentent pas le seul facteur favorisant l'apprentissage : la pédagogie de l'enseignant, ainsi que les

pratiques pédagogiques mises en place, ont également une influence. Ces éléments nous ont permis de proposer une réflexion sur le lien entre didactique de l'anglais de spécialité et didactique professionnelle. Il ne s'agit plus de penser l'enseignement des langues selon le modèle traditionnel, mais de réfléchir à une démarche didactique visant à répondre aux besoins du terrain des étudiants. L'enseignant doit accepter de prendre en compte les étudiants, leurs besoins, leur individualité et leur appartenance à une communauté pour tenter de créer une démarche didactique et pédagogique qui favorise l'acquisition de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La recherche-action, dont la phase expérimentale est présentée dans cette thèse, a été lancée dans le but d'apporter des améliorations à un programme d'enseignement/apprentissage de la consultation médicale jugé inadéquat. L'ancien programme s'appuyait sur des documents et une méthodologie traditionnels. De plus, ses objectifs n'étaient pas en adéquation avec les besoins professionnels des étudiants. Un travail de réflexion a alors été entrepris, dans le but de créer un nouveau programme s'appuyant sur la littérature scientifique, mais aussi sur une analyse fine des besoins.

En amont de cette étude, les besoins des étudiants de médecine concernant l'apprentissage de la consultation dès le début de leur cursus universitaire ont été étudiés. L'analyse des besoins menée dans l'introduction générale a révélé l'importance capitale de cet exercice pour les étudiants qui sont confrontés, dès la troisième année, à des stages hospitaliers pendant lesquels ils peuvent être amenés à rencontrer des patients ne parlant pas français. Il est apparu que l'apprentissage de la consultation, s'il n'est pas effectué pendant le cours d'anglais, se fait au sein même de l'hôpital, sous l'égide

des PU-PH et autres enseignants de médecine, sans pour autant s'attacher au déroulement standard d'une consultation, ce qui ne permet pas aux étudiants de prendre conscience de tous ses tenants et aboutissants.

Notre questionnement a d'abord porté sur la consultation en elle-même. L'enseignement de celle-ci par un enseignant d'anglais, non spécialiste de la médecine, implique un travail de recherche et de réflexion sur la construction de l'exercice pratique, ainsi que sur la langue de la consultation. La déconstruction d'une consultation selon les modèles proposés par la littérature scientifique anglophone en a révélé les différentes composantes, et nous a amenés à prendre conscience de son déroulement structuré et automatisé. Cependant, les chercheurs qui ont travaillé sur la consultation ont fait évoluer les pratiques afin de passer d'une consultation centrée sur la pathologie et les symptômes (*clinical-based consultation*) à un modèle centré sur la relation médecin-patient (*patient-based consultation*) afin de favoriser l'adhésion du patient au parcours de soins. Il est alors apparu que cette nouvelle focalisation de la consultation implique un travail important sur la capacité du médecin à communiquer, non seulement face à un patient étranger qui ne maîtrise pas la langue, mais face à tous les patients, dans le but de mener une consultation plus efficace, dont les meilleurs résultats peuvent impacter l'état de santé du patient, et aider à la construction d'une relation médecin/patient.

L'analyse de la communication au sein de la consultation qui en a ensuite découlé, a établi qu'il existait des caractéristiques linguistiques propres à la consultation, telles que l'utilisation du lexique non spécialisé ou encore l'utilisation de notions-fonctions pour favoriser la bonne compréhension du patient, et des caractéristiques comportementales en lien avec la posture du médecin. L'intégralité de ces éléments amène à une meilleure compétence communicationnelle qui englobe savoirs, savoir-faire et savoir-être. Ces principes ont ensuite été utilisés pour la création du nouveau programme d'enseignement de la consultation.

Nous aurions pu nous contenter, pour la phase expérimentale, de ne créer qu'un seul programme utilisant uniquement des documents didactiques et didactisés. Toutefois, l'approche traditionnelle ne nous semblait que peu fortuite pour un enseignement efficace visant à impliquer davantage les étudiants dans leur apprentissage. Trois programmes s'appuyant sur des documents d'origines différentes ont alors été conçus : un programme traditionnel avec des documents didactiques et didactisés, un programme contextualisé avec *House, M.D.*, et un programme hybride avec un panachage de séries télévisées médicales et non médicales. L'objectif de la phase expérimentale de la recherche-action était alors de vérifier si l'utilisation de séries télévisées impactait l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation chez les étudiants de médecine français, pour ensuite chercher la nature de ces impacts.

Réponses aux questions de recherche

Dans le but de créer un programme pertinent et efficace, différentes théories didactiques et méthodologiques d'enseignement ont été étudiées afin de mettre en lumière celles qui étaient le plus à même de nous aider à répondre à nos objectifs. Le socioconstructivisme, selon lequel l'apprentissage se fait notamment par l'observation, ainsi que les neurosciences, qui sont un domaine en plein essor dans le monde de l'éducation, ont apporté un éclairage nécessaire à la construction de ce nouveau programme. Notre démarche visant à la maîtrise de la compétence communicationnelle, l'approche communicative a un rôle central dans notre programme ; mais elle ne saurait être efficace et pertinente sans l'apprentissage par la tâche qui distingue macro-tâche et micro-tâche : la consultation étant très structurée, elle peut être divisée en différentes étapes dont l'objectif final reste la consultation complète. Ainsi, l'éclectisme des théories et méthodologies a permis d'opérer des choix parmi toutes celles existantes, afin de ne sélectionner que celles qui sont le plus à même de nous aider à répondre positivement à nos objectifs.

Le deuxième point central dans cette étude tient en l'utilisation de séries télévisées pour l'apprentissage de la communication pour la consultation et nous souhaitions en mesurer l'impact sur la compétence communicationnelle des étudiants à l'issue du module. Un nouveau programme a alors été créé, puis dérivé en trois sous-programmes utilisant des supports pédagogiques différents : le premier s'appuie sur des documents didactiques (P1 – programme traditionnel), le second utilise des extraits de la série télévisée *House, M.D.* (P2), et le troisième une variété d'extraits de séries télévisées médicales et non médicales (P3). Ce troisième groupe est l'élément novateur pour la recherche didactique internationale portant sur l'utilisation de séries télévisées. De nombreuses études s'étaient penchées sur la seule utilisation de séries médicales, mais l'intérêt de séries généralistes avait été laissé de côté jusque-là. Ainsi, afin de mesurer l'efficacité de l'utilisation de ces différents types de documents et de pouvoir les confronter par la suite, les protocoles mis en place ont mené à l'obtention de données pouvant être analysées par triangulation, et appuyées scientifiquement par l'utilisation d'analyses inférentielles.

Les analyses quantitatives n'ont pas permis de valider l'hypothèse selon laquelle l'utilisation de séries télévisées favorise l'apprentissage de la communication pour la consultation par rapport au programme s'appuyant sur des documents didactiques. Les étudiants des trois programmes ont certes progressé entre le début et la fin du module, mais les documents du P1 sont plus performants pour l'apprentissage de la communication de la consultation. En effet, les analyses statistiques effectuées sur les données indiquent que les étudiants du P1 sont ceux qui maîtrisent le mieux le lexique médical de la consultation à l'issue du module car ils y ont le plus exposés. De même, ces étudiants utilisent plus les expressions présentes dans les documents, puisque ces documents didactiques en concentrent un nombre plus conséquent en raison de leur création à des fins pédagogiques. Un effet a tout de même été noté concernant la construction de la posture professionnelle. Les étudiants des P2 et P3 semblent, en effet, adopter le comportement du professionnel dépeint dans les extraits de séries. L'impact

aurait alors lieu au niveau cognitif, et impliquerait des modifications comportementales et verbales. Cependant, les analyses quantitatives et qualitatives menées sur les bilans de fin de semestre accentuent l'impact positif de l'utilisation des séries télévisées sur le ressenti des étudiants. Mais ce seul facteur n'explique pas tout ; il est également ressorti que la pédagogie de l'enseignant, ainsi que les activités proposées, favorisent l'adhésion des étudiants au programme suivi.

Nouveau cycle de la recherche-action

Au regard de ces résultats, il apparaît que le programme le plus performant pourrait être celui mélangeant les deux approches détaillées dans cette recherche, puisque l'utilisation de documents didactiques accroît la capacité des étudiants à communiquer lors d'une consultation médicale, mais que les séries télévisées facilitent leur adhésion au projet d'apprentissage et induit une modification de leurs représentations. Il semble intéressant de se demander si un programme mêlant les deux types de documents pourrait obtenir des résultats différents.

De ce fait, un nouveau cycle d'expérimentation a été mis en place, dans un but uniquement pédagogique, et non scientifique. Ce deuxième cycle consiste en l'enseignement du même programme, selon les mêmes modalités, mais les documents utilisés sont ceux qui semblent les plus performants pour l'apprentissage de la communication de la consultation médicale ; il s'agit alors d'une nouvelle version hybride mêlant documents didactiques, séries télévisées contextualisées et généralistes. De nouveaux extraits ont pu être ajoutés suite au visionnage de nouvelles séries (*Seinfeld*, *2 Broke Girls*, *Dr Foster*…). Il serait intéressant de lancer une nouvelle étude portant sur cette deuxième phase expérimentale, dans le but de comparer les résultats de la première à la seconde. L'amélioration des protocoles qui ont pu compromettre la première expérimentation viendrait alors renforcer le processus de collecte et d'analyse des données, permettant peut-être d'obtenir des résultats plus ciblés.

Toutefois, d'autres paramètres sont à prendre en compte avant de lancer l'expérimentation suivante, puisque certains déséquilibres ont pu impacter les résultats de la première phase. Tout d'abord, le choix des documents doit être plus minutieux. Il est alors nécessaire d'opérer des choix plus pertinents visant à ne représenter que des situations mettant en scène un médecin et son patient. En effet, les extraits utilisés lors de la première phase n'incluant que des patients ne semblent pas avoir eu l'effet escompté sur la performance communicative des étudiants, puisqu'ils n'offrent pas de représentation de la réalité professionnelle. Également, la représentation de la posture professionnelle dans les extraits devra faire l'objet d'un travail de discussion de groupe, dans le but d'éviter les travers adoptés par certains étudiants lors de la première phase expérimentale. Il faut également noter que certaines des séries utilisées pour la première expérimentation sont désormais datées (cf. 4.3.1.1) ; il est alors nécessaire de rafraîchir notre corpus de séries en ciblant davantage celles qui font partie du quotidien actuel des étudiants. Si ces conditions sont réunies, il se pourrait que la deuxième expérimentation obtienne des résultats plus significatifs.

Perspectives de la recherche

Cette thèse de doctorat représente le fruit d'un travail de cinq années, mais est en fait le produit d'une réflexion amorcée depuis plus longtemps (Carnet, 2014 ; Carnet, 2015). Nous avons tenté de répondre à l'objectif fixé par la problématisation de notre sujet, mais nous n'avons eu de cesse de revenir en arrière afin de recentrer toujours plus notre démarche. La complexité d'un sujet relevant de la communication implique de prendre en compte de multiples aspects auxquels nous n'avons pu donner suite, comme par exemple la communication non verbale. Nous avons également fortement regretté de ne pas pouvoir bénéficier de l'aide d'étudiants étrangers présents sur le campus dijonnais pour évaluer les étudiants, ce qui, nous en sommes sûrs, aurait eu un impact fort sur les résultats. Des choix ont dû être faits, et

nous les avons gérés de la meilleure façon possible afin de ne pas entraver le travail de recherche qui était lancé.

Cela étant, ce travail ne représente que les prémices d'une réflexion engagée sur le long terme, visant à faire évoluer les pratiques pédagogiques et didactiques actuelles pour l'acquisition de la communication pour la pratique professionnelle médicale. La compétence communicative des professionnels de santé n'était, jusque-là, pas au cœur de leur formation. Toutefois, la réforme du second cycle des études médicales, qui sera mise en place en septembre 2020[18], prévoit un travail sur le raisonnement clinique fondé sur les OSCE. La communication professionnelle est sur le point de devenir un point central de la formation des étudiants. Le travail esquissé dans cette thèse va pouvoir, de ce fait, servir de base pour lancer des projets de recherche communs entre enseignants de langue spécialistes de communication et professionnels de santé dans le but de faire évoluer positivement leurs pratiques et préparer les futures générations à la communication médecin-patient.

[18] Cette réforme fait partie du projet de loi « Ma Santé 2022 ».

Références bibliographiques

123 Form Builder. (n.d.). *Hospital admission form*. <https://www.123formbuilder.com/free-form-templates/Hospital-Admission-Form-3531376/>

A

ACI NSW Agency for Clinical Innovation. (n.d.). *Adult neurological observation chart, education package*. <https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0018/201753/AdultChartEdPackage.pdf>

Agar, M. (2011). Making sense of one other for another: ethnography as translation. *Language & Communication*, 31, 1, 38-47. <https://doi.org/10.1016/j.langcom.2010.05.001>

Aïssaoui, M. (2019, 7 mai). *Smicardisation, ubériser, inclusif, divulgâcher… Les nouveaux mots du Petit Larousse*. <http://www.lefigaro.fr/langue-francaise/actu-des-mots/smicardisation-uberiser-inclusif-divulgacher-les-nouveaux-mots-du-petit-larousse-20190507>

Alami, S., Desjeux, D. & Garabuau-Moussaoui, I. (2009). *Les méthodes qualitatives*. Paris : Presses Universitaires de France.

Allum, V. & McGarr, P. (2008). *Cambridge English for nursing*. Cambridge : Cambridge University Press.

Allum, V. (2012). *Teaching English for medical purposes*. Londres : Lulu.com.

Anderson, R.S. & Speck, B.W. (1998). “Oh what a difference a team makes”: why team teaching makes a difference. *Teaching and Teacher Education*, 14, 7, 671-686. <https://doi.org/10.1016/S0742-051X(98)00021-3>

André, V. (2018). Nouvelles actions didactiques : faire de la sociolinguistique de corpus pour enseigner et apprendre à interagir en français langue étrangère. *Action Didactique*, 1, 71-88. <http://univ-bejaia.dz/pdf/ad1/Andre.pdf>

André, V., Benzitoun, C., Canut, E., Debaisieux, J.M., Gaiffe, B. & Jacquey, E.

(2010). Traitement informatique de données orales : quels outils pour quelles analyses ? *Recherches qualitatives – Hors Série « Logiciels pour l'analyse qualitative : innovations techniques et sociales »*, 9, 131-150. <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v9/HS9_Andre_Virginie.pdf>

Anthony, L. (2018). *AntConc* (3.5.7.0) [logiciel]. Tokyo : Waseda University. <https://www.laurenceanthony.net/software>

Antic, Z. (2007). *Forward in teaching English for medical purposes*. *Facta Universitatis, series Medicine and Biology*, 14, 3, 141-147. <https://pdfs.semanticscholar.org/19f4/f81eb496d10f9235a7a3ee145643a5176511.pdf>

Arnold, L. & Stern, D. (2006). What is medical professionalism? Stern, D.T. (Dir.), *Measuring medical professionalism*. New York : Oxford University Press, 15–37.

Arpin, L. & Capra, L. (2001). *L'Apprentissage par projets*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.

Arthaud, P. (2009). *Anglais : une médiation technologique*. Belfort : Université de technologie de Belfort-Montbéliard.

Assier, M.L. (2013). Using medical fiction to motivate students in public health fields. *ESP Across Cultures*, 10, 21-34. <https://edipuglia.it/wp-content/uploads/ESP%202013/Marie-Lise-Assier.pdf>

Association des Médecins du canton de Genève. (2015). *Déclaration de Genève, adoptée par la deuxième assemblée générale de l'Association Médicale Mondiale à Genève (Suisse), Septembre 1948. Amendement du 20 juin 2006.* <http://www.amge.ch/medecins/serment-de-geneve/>

Association Médicale Mondiale. (2017). *Déclaration d'Helsinki de L'AMM – Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains*. <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains/>

Ayres, P. (2018). Subjective measures of cognitive load: what can they reliability measure? Zheng, R.Z. (Dir.), *Cognitive load measurement and application:*

a theoretical framework for meaningful research and practice. New York : Routledge, 9-28.

B

Bada, S. (2015). Constructivism learning theory: a paradigm for teaching and learning. *Journal of Research & Method*, 5, 6, 66-70. DOI : 10.9790/7388-05616670

Bailly, D. (1998). *Les mots de la didactique des langues, le cas de l'anglais : lexique*. Paris : Ophrys.

Baleghizadeh, S. (2009). Investigating the effectiveness of pair work on a conversational cloze task in EFL classes. *TESL Reporter*, 42, 2, 1-12. <http://ojs-dev.byuh.edu/index.php/Issue1/article/view/1035/987>

Baltova, I. (1994). The impact of video on the comprehension skills of core French students. *The Canadian Modern Language Review*, 50, 3, 507-531. <https://doi.org/10.3138/cmlr.50.3.507>

Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles : P. Mardaga.

Baños, J.E., Lucena, M.I. & Farré, M. (2019). The usefulness of TV medical dramas for teaching clinical pharmacology: a content analysis of *House, M.D. Educación Médica*, 20, 5, 295-303. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.07.011>

Bara, B. (2011). Cognitive pragmatics : the mental processes of communication. *Intercultural Pragmatics*, 8, 443–485. <https://doi.org/10.1075/pbns.274.02cra>

Barrette, C. Gaudet, E. & Lemay, D. (1993). *Guide de communication interculturelle*. Éditions du Renouveau Pédagogique.

Bataille, S. & Hatchuel, S. (2012). Préface. Les séries télévisées dans le monde : échanges, déplacements et transposition. *TV/Series*. <http://journals.openedition.org/tvseries/1351>

Bauer, P.J. & Varga, N.L. (2016). Les neurosciences cognitives du développement de la mémoire: implications pour les sciences de l'éducation. Doudin, P.A. & Tardif, E. (Dir.), *Neurosciences et cognition. Perspectives pour les*

sciences de l'éducation. Deboeck Supérieur, 135-164.

Bauman, R. (1975). Verbal art as performance. *American Anthropologist,* 77, 2, 290-311. <http://www.jstor.org/stable/674535>

Beacco, J.C. (2007). *L'approche par compétences dans l'enseignement des langues*. Paris : Didier.

Beaufrère-Bertheux, C. (1997). L'anglais de la recherche médicale : une grande diversité. *ASP*, 15-18, 223-237. <https://doi.org/10.4000/asp.3130>

Bednarek, M. (2010). *The language of fictional television: drama and identity*. Londres : Continuum.

Bednarek, M. (2012). "Get us the hell out of here": key words and trigrams in fictional television series. *International Journal of Corpus Linguistics*, 17, 1, 35-63. <https://doi.org/10.1075/ijcl.17.1.02bed>

Belcher, D. (2009). Problem-solving for nursing purposes. Belcher, D. (Dir.), *English for specific purposes in theory and practice*. Ann Arbor: Michigan University Press, 229-42.

Belcher, D., Johns, A.M. & Paltridge, B. (2011). *New directions in English for specific purposes research*. Ann Arbor, MI : University of Michigan Press.

Belcher, D. & Lukkarila, L. (2011). Identity in the ESP context: putting the learner front and center in needs analysis. Belcher, D., Johns, A.M. & Paltridge, B. (Dir.), *New directions in English for specific purposes research*. Ann Arbor, MI : University of Michigan Press, 73-93.

Bennett, M. (2017) Constructivist approach to intercultural communication. Kim, Y. (Dir.), *International encyclopedia of intercultural communication*. Wiley. DOI : 10.1002/9781118783665.ieicc0009.

Berard, E. (1991). *L'approche communicative. Théories et pratiques*. Paris: Clé International.

Bertin, J.C., Gravé, P. & Narcy-Combes, J.P. (2010). *Second language distance learning and teaching: theoretical perspectives and didactic ergonomics*. Hershey : Information Science Reference.

Bertin, J.C. & Narcy-Combes, J.P. (2013). Ordo Ab Chao : la modélisation pour gérer le chaos ? Derivry-Plard, M., Faure, P. & Brudermann, C. (Dir.), *Apprendre les langues à l'université au 21ème siècle*. Paris : Riveneuve, 113-130.

Biber, D. (2010). What can a corpus tell us about registers and genres ? O'Keeffe, A. & McCarthy, M. (Dir.), *The routledge handbook of corpus linguistics*. New York : Routledge Taylor & Francis Group, 241-254.

Biggs, J. (1996). Enhancing teaching through constructive alignment. *Higher Education*, 32, 347-364. <https://doi.org/10.1007/BF00138871>

Birrell, B. & Schwartz, A. (2006). Accreditation of overseas trained doctors : the continuing crisis. *People and Place*, 14, 3, 1-11. <https://www.thefreelibrary.com/Accreditation+of+overseas+trained+doctors%3a+the+continuing+crisis.-a0155671871>

Bhatia, V. K. (1993). *Analysing genre: language use in professional settings*. Londres : Longman.

Blanche-Benveniste, C. & Jeanjean, C. (1987). *Le français parlé. Transcription et édition*. Paris : Didier Érudition.

Blanchette, I. & Richards, A. (2010). The influence of affect on higher level cognition: a review of research on interpretation, judgement, decision making and reasoning. *Cognition & Emotion*, 24, 561-595. DOI : 10.1080/02699930903132496

Bonsignori, V. (2019). A multimodal analysis of spoken medical English in expert-to-expert interaction in TV programmes. *Ibérica*, 37, 115-140. <https://www.academia.edu/39124516/A_multimodal_analysis_of_spoken_medical_English_in_expert-to-expert_interaction_in_TV_programmes_2019_>

Bossali, F., Ndziessi, G., Paraiso Moussilao, N., Ouendo, E.M., Napo Koura, F., Houinato, D., Kapo-Chichi, J., Makoutodé, M., Matongo, H.A., Rosaire Ibara1, J. & Ngaporo, A. (2015). Le protocole de recherche : étape indispensable du processus de recherche garantissant la validité des résultats. *Hegel*, 5, 1, 23-28. DOI : 10.4267/2042/56336

Boud, D. (1991) *HERDSA green guide, no. 5: implementing student self-assessment* (2ème édition). Sydney : Higher Education Research and Development Society of Australasia.

Boulton, A. (1998). *L'acquisition du lexique en langue étrangère*. *UPLEGESS*, 26, 77-87. <https://hal.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/114355/filename/1998_UPLEGESS_acquisition

.pdf>

Boulton, A. (2009). *Des documents authentiques oraux aux corpus: questions d'apprentissage en didactique des langues*. Nancy : Université, Centre de recherches et d'applications pédagogiques en langues (CRAPEL).

Boulton, A. (2013). Separating fact and fiction: the real story of corpus use in language teaching. Bradley, L. & Thouësny, S. (Dir.), *20 years of eurocall: learning from the past, looking to the future*. *Proceedings of the 2013 EUROCALL conference, Évora, Portugal,* 51-56. DOI : 10.14705/rpnet.2013.000138

Bradburn, N. & Miles, C. (1979). Vague quantifiers. *Public Opinion Quarterly*, 43, 1, 92–101. <https://doi.org/10.1086/268494>

Bradbury, H. (Dir.). (2015). *The handbook of action research* (3ème édition). Thousand Oaks, CA : Sage.

Brannen, J. (2016). Combining qualitative and quantitative approaches: an overview. Brannen, J. (Dir.), *Mixing methods: qualitative and quantitative research*. New York, NY : Routledge, 3-37.

Brett, P. (1997). A comparative study of the effects of the use of multimedia on listening comprehension. *System*, 25, 1, 39-53. <https://doi.org/10.1016/S0346-251X(96)00059-0>

Brislin, R.W. (1986). The wording and translation of research instruments. Lonner, W.J. & Berry, J.W. (Dir.), *Field methods in cross-cultural research*. Newbury Park, CA : Sage, 137-164.

British Medical Journal. (n.d.). *BMJ case reports*. < http://casereports.bmj.com/collections/emergency_medicine?page=5>

Brown, B., Crawford, P. & Carter, R. (2006). *Evidence-based health communication*. Angleterre : Open University Press.

Brown, J.D. (2001). *Using surveys in language programs.* Cambridge : Cambridge University Press.

Burke, P., Owens, T., Serpe, R. & Thoits, P. (Dir.). (2003). *Advances in Identity Theory and Research*. Kluwer Academic / Plenum Publishers, NY.

Byram, M. (1997). *Teaching and Assessing Intercultural Communicative Competence.* Clevedon : Multilingual Matters.

Byrne, P. & Long, B. (1976). *Doctors talking to patients*. Londres : HMSO.

C

Caillaud, S. & Flick, U. (2016). Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche. Lo Monaco, G., Delouvée, S. & Rateau, P. (Dir.), *Les représentations sociales. Théories, méthodes et applications*. Éditions de Boeck, 227-240.

Cämmerer, J., Martin, O. & Rockenbauch, K. (2016). Learning doctor-patient communication - evaluating the effectiveness of the communication training course at Leipzig University from the students' point of view. *GMS journal for medical education*, 33, 3. <https://doi.org/10.3205/zma001042>

Cantos Gómez, P. (2002). Do we need statistics when we have linguistics? *D.E.L.T.A*., 18, 2, 233-271. <https://doi.org/10.1590/S0102-44502002000200003>

Carnet, A. (20 mars 2014). L'utilisation de House, M.D. en faculté de médecine [conférence]. Groupe de travail DidAsp du colloque du GERAS, Université Aix Marseille.

Carnet, A. (10 avril 2015). Vers une didactique de l'anglais médical à visée professionnelle [conférence]. Journée d'études « L'enseignement-apprentissage des langues de spécialité : quels invariants? ». ESPE de l'académie de Paris.

Carnet, A. (2016). Les enjeux de l'enseignement de l'anglais médical : visée académique, visée professionnelle et besoins du terrain. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité,* 35, spécial 1. <https://doi.org/10.4000/apliut.5501>

Carnet, D (1996). *Opérations de détermination caractéristiques de l'anglais médical.* Thèse de doctorat. Dijon : Université de Bourgogne.

Carnet, D. (2001). L'adjectif composé en anglais médical : tentative de classification. Mémet, M. & Petit, M. (Dir.), *L'anglais de spécialité en France, mélanges en l'honneur de Michel Perrin*. Bordeaux : GERAS-Éditeur, Université Bordeaux 2, 85-103.

Carnet, D. (2006). *Lexique des termes médicaux*. Paris : Ellipses.

Carnet, D. & Charpy, J.P. (2017). Discours de professionnels et discours pour professionnels : le travail collaboratif au service de l'enseignement de l'anglais médical. *ASp*, 71, 47-68. <https://doi.org/10.4000/asp.4952>

Carnet, D., Charpy, J.P., Carnet, A. & Bastable, P. (2011). *L'Anglais à l'IFSI*. Paris : Ellipses.

Carnet, D. & Magnet, A. (2006). Editorials : an intrinsic and/or extrinsic genre in medical journals. Gotti, M. & Salager-Meyer, F. (Dir.), *Advances in medical discourse analysis: oral and written contexts*. Bern : Peter Lang, 229-250.

Carraccio, C., Englander, R., Van Melle, E., Cate, O., Lockyer, J., Chan, M.K., Frank, J. & Snell, L. (2015). Advancing competency-based medical education: a charter for clinician-educators. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 91, 645-649. DOI : 10.1097/ACM.0000000000001048

Cennamo, K. S. (1993). Learning from video: Factors influencing learners' preconceptions and invested mental effort. *Educational Technology Research and Development*, 41, 33-45. <https://doi.org/10.1007/BF02297356>

Cennamo, K. S., Savenye,W. C. & Smith, P. L. (1991). Mental effort and video-based learning: the relationship of preconceptions and the effects of interactive and covert practice. *Educational Technology Research and Development*, 39, 1, 5-16. <https://doi.org/10.1007/BF02298103>

Center for Disease Control and Prevention. (2007). *Plain language thesaurus for health communications.* <https://www.orau.gov/hsc/HealthCommWorks/MessageMappingGuide/resources/CDC%20Plain%20Language%20Thesaurus%20for%20Health%20Communication.pdf>

Chambers, A. (2007). Language learning as discourse analysis: implications for the LSP learning environment. *ASP*, 51-52, 35-51. <https://doi.org/10.4000/asp.483>

Chaplier, C. (2011). Le support filmique comme outil de médiation entre enseignant et étudiants LANSAD-sciences. Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité, XXX, 3. DOI : https://doi.org/10.4000/apliut.1654

Chapon, S. (2011). FASP juridique télévisuelle : gros plan sur les étudiants en droit et zoom arrière sur une approche pédagogique. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité - Cahiers de l'APLIUT*, XXX, 2, 112-128. <https://doi.org/10.4000/apliut.856>

Chapon, S. (2015). *Fiction à substrat professionnel télévisuel comme voie d'accès à l'enseignement/apprentissage de l'anglais juridique*. Thèse de Doctorat. Université Grenoble Alpes.

Charnock, R. (1999). Les langues de spécialité et le langage technique : considérations didactiques. *ASP*, 23-26, 281-302. <https://doi.org/10.4000/asp.2566>

Charpy, J.P. (2011). La FASP médicale comme outil pédagogique : authenticité des textes ou altération de l'authenticité ? *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité - Cahiers de l'APLIUT*, XXX, 2, 65-81. <https://doi.org/10.4000/apliut.822>

Chevallard, Y. (1985). *La transposition didactique. Du savoir savant au savoir enseigné*. Grenoble : La Pensée sauvage.

Chevallier, D. (Dir.). (1996). *Savoir faire et pouvoir transmettre : transmission et apprentissage des savoir faire et des techniques*. Paris : Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

Chomsky, N. (1965). *Aspects of the theory of syntax*. Cambridge, MA : MIT Press.

Chung, J. M. (1999). The effects of using video texts supported with advance organizers and captions on Chinese college students' listening comprehension: an empirical study. *Foreign Language Annals*, 32, 3, 295-308. <https://doi.org/10.1111/j.1944-9720.1999.tb0 1342.x>

Cicurel, F. (2014). Les interactions en situation d'enseignement-apprentissage : observer, transcrire, analyser. Blanchet, P. & Chardenet, P. (Dir.), *Guide pour la recherche en didactique des langues et des cultures : approches contextualisées* (2ème édition). Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 323-336.

Ciekanski, M. (2014). Les corpus : de nouvelles perspectives pour l'apprentissage des langues en autonomie ? *Recherches en didactique des langues et des cultures*, 11, 1. DOI : 10.4000/rdlc.1710

Clancy, B. (2010). Building a corpus to represent a variety of a language. O'Keeffe, A. & McCarthy, M. (Dir.), *The routledge handbook of corpus linguistics*. New York, NY : Routledge Taylor & Francis Group, 80-92.

Clark, V.L.P., Creswell, J.W., Green, D.O. & Shope, R.J. (2008). Mixing quantitative and qualitative approaches: an introduction to emergent mixed

methods research. Hesse-Biber, S.N. & Leavy, P. (Dir.), *Handbook of emergent methods.* New York, NY : The Guilford Press, 363-387.

Colonna, V. (2010). *L'art des séries télé. L'appel du happy end. Tome 1*. Payot : Petite bibliothèque.

Cömert, M., Zill, J.M., Christalle, E., Dirmaier, J., Härter, M. & Scholl, I. (2016) Assessing communication skills of medical students in objective structured clinical examinations (OSCE) - a systematic review of rating scales. *PLoS ONE*, 11, 3. DOI : 10.1371/journal.pone.0152717

Compte, C. (2013). L'impact de l'image sur la perception et transformation des représentations mentales. *Communication*, 32, 1. <https://doi.org/10.4000/communication.4842>

Conseil de l'Europe. (2001). *Cadre européen commun de référence pour les langues : apprendre, enseigner, évaluer*. Paris : Didier.

Conseil National de l'Ordre des Médecins. (2017). *Code de déontologie médicale. Édition avril 2017*. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

Crahay, M., De Ketele, J. & Paquay, L. (2010). *L'Analyse qualitative en éducation*. Bruxelles : De Boeck.

Crawshaw, R. (2017). Determinacy, distance and intensity in intercultural communication : an emancipatory approach. Kecskes, I. & Assimakopoulos, S. (Dir.), *Current Issues in Intercultural Pragmatics*, *Pragmatics & Beyond New Series*, 274. John Benjamins Publishing Co, 9-31. <https://doi.org/10.1075/pbns.274.02cra>

Crystal, D. (2003). *English as a global language* (2ème édition). Cambridge : Cambridge University Press.

Cumming, G. (2014). The new statistics: why and how. *Psychological Science*, 25, 1, 7-29. <https://doi.org/10.1177%2F0956797613504966>

Cuq, J.P. (Dir.). (2003). *Dictionnaire de didactique du français langue étrangère et seconde*. Paris : Clé International.

Cuq, J.P. (2010). Sciences du langage et didactique des langues. *Synergies Brésil*, spécial 1, 85-88. <http://gerflint.fr/Base/BresilSPECIAL1/cuq.pdf?>

Cuq, J.P. & Gruca, I. (2005). *Cours de didactique du français langue étrangère et seconde*. PUG, Collection FLE.

Czarny, M.J., Faden, R.R. & Sugarman, J. (2010). Bioethics and professionalism in popular television medical dramas. *Journal of Medical Ethics*, 36, 4, 203-206. DOI : 10.1136/jme.2009.033621

D

Damasio, A. (1995). *L'erreur de Descartes, la raison des émotions.* Paris : Odile Jacob.

Danping, W. (2012). Self-directed English language learning through watching English television drama in China. *Changing English*, 19, 3, 339-348. DOI : 10.1080/1358684X.2012.704584

Davies, C. (2005). *Divided by a common language. A guide to British and American English*. Boston, NY : Houghton Mifflin Company.

Decant, C. (2013). « Dr House » : une série à succès en 10 chiffres. <http://www.ozap.com/actu/-dr-house-une-serie-a-succes-en-10-chiffres/446147>

De Fornel, M. & Verdier, M. (2018). Corpus, classes d'exemples et collections en analyse de conversation. *Corpus*, 18. <http://journals.openedition.org/corpus/3184

De la Fuente, M.J. (2002). Negotiation and oral acquisition of L2 vocabulary. The roles of input and output in the receptive and productive acquisition of words. *Studies in Second Language Acquisition*, 24, 1, 81-112. <http://dx.doi.org/10.1017/S0272263102001043>

Demirtaş, L. & Gümüş, H. (2009). De la faute à l'erreur: une pédagogie alternative pour améliorer la production écrite en FLE. *Synergies Turquie*, 2, 125-138. <https://gerflint.fr/Base/Turquie2/lokman.pdf>

Demougin, F. (2008). La didactique des langues-cultures à la croisée des méthodes. *Tréma*, 30, 101-111. <https://doi.org/10.4000/trema.427>

Denness, C. (2013). What are consultation models for? *InnovAiT*, 6, 9, 592-599. <https://doi.org/10.1177%2F1755738013475436>

Denzin, N. (1978). *The research act*. Chicago, IL : Aldine.

Denzin, N. & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of qualitative research.* Thousand Oaks, CA : Sage Publications Inc.

Denzin, N. & Lincoln, Y. (1998). Emerging the field of qualitative research. Denzin, N. & Lincoln, Y. (Dir.), *Strategies of qualitative inquiry*. Londres : Sage, 1-34.

Denzin, N. & Lincoln, Y. (2000). Introduction. The discipline and practice of qualitative research. Denzin, N. & Lincoln, Y. (Dir.), *Handbook of qualitative research* (2ème édition). Thousands Oaks, CA : Sage Publication, 1-28.

Derville, G. (1997). *Le pouvoir des médias, mythes et réalités*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.

Deyrich, M. (2001). Quelles médiations pour une gestion efficace de la transposition didactique en anglais de spécialité ? *ASP*, 31-33, 143-152. <https://doi.org/10.4000/asp.1909>

Di Pardo Léon-Henri, D. (2012). Teaching foreign languages through the analysis of film and television series: English for legal purposes. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité*, XXXI, 2, 126-139. <https://doi.org/10.4000/apliut.2732>

Dillman, D. (2000). *Mail and Internet surveys. The tailored design method*. New York, NY : John Wiley & Sons, Inc.

Dister, A. & Simon, A.C. (2007). La transcription synchronisée des corpus oraux. Un aller-retour entre théorie, méthodologie et traitement informatisé. *Arena Romanistica*, 1, 1, 54-79. <http://hdl.handle.net/2078.1/83571>

Dooley, L.M. & Bamford, N.J. (2018). Peer feedback on collaborative learning activities. *Veterinary Sciences*, 5, 4. DOI : 10.3390/vetsci5040090

Dörnyei, Z. (2003) *Questionnaires in second language research*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum.

Dörnyei, Z. & Taguchi, T. (2010). *Questionnaires in second language research: construction, administration, and processing* (2ème édition). Londres : Routledge.

Dörnyei, Z. & Ushioda, E. (2011). *Teaching and researching: motivation*. Londres : Routledge.

Dos Santos, L., Ferraz da Silva, I., Heder, F., Gianotto, E. & Garrone Barauna, V. (2016). House's physiology. *Advances in Physiology Education*, 40, 2, 237-238. DOI : 10.1152/advan.00030.2016

Dostie, G. & Pusch, C. (2007). Présentation. Les marqueurs discursifs. Sens et variation. *Langue française*, 154, 2, 3-12. DOI : 10.3917/lf.154.0003.

Doucet, P. (1997). Évaluation, motivation et formation. *ASP*, 15-18, 255-270. <https://doi.org/10.4000/asp.3156>

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). (2015, juillet). *Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé. Études et Résultats*. 0927. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er927.pdf>

Dubreil, S. & Thorne, S. L. (2017). Social pedagogies and entwining language with the world. Dubreil, S. & Thorne, S.L. (Dir.), *Engaging the world : social pedagogies and language learning*. Boston, MA: Cengage, 1-11.

Dudley-Evans, T. & St. John, M. (1998). *Developments in English for specific purposes*. *A multi-disciplinary approach*. Cambridge : Cambridge University Press.

Du Verger, J. (2012). Melding fiction and reality in HBO's *Carnivàle*. *TV/Series*, 1. DOI : https://doi.org/10.4000/tvseries.1504

E

Elder, C., McNamara, T., Kim, H., Pill, J., & Sato, T. (2017). Interrogating the construct of communicative competence in language assessment contexts: What the non-language specialist can tell us. *Language & Communication*, 57, 14-21. < https://core.ac.uk/download/pdf/196585418.pdf >

Ellis, R. (2012). *Language teaching research and language pedagogy*. West Sussex : Wiley-Blackwell.

Ellis, R. (2015). The importance of focus on form in communicative language teaching. *Eurasian Journal of Applied Linguistics*, 1, 2, 1-12. DOI : 10.32601/ejal.460611

Es-Safi, L. (2001). La médiation culturelle dans les hôpitaux ou comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant. *Pensée plurielle*, 3, 1, 27-34. DOI : 10.3917/pp.003.0027.

Etikan, I., Abubakar Musa, S. & Sunusi Alkassim, R. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of*

Theoretical and Applied Statistics. 5, 1, 1-4. DOI : 10.11648/j.ajtas.20160501.11

EUPATI, Académie Européenne des Patients. (2015). *Randomisation*. <https://www.eupati.eu/fr/glossary/randomisation/>

F

Falbo, C. (2007). La transcription : une tache paradoxale. *The Interpreter's Newsletter*, 13, 25-38. <https://www.semanticscholar.org/paper/La-transcription%3A-une-tache-paradoxale-Falbo/f73ab75a001342998c446bf1732c300af00d7e07>

Famy, A. (2017). Interactions médecins/patients : pratique discursive et transmission des savoirs. *Journées thématiques 2017 école doctorale Cognition, Comportements, Langage(s)*. Poitiers. <hal-01732135>

FARE Food Allergy Research and Education. (n.d.). *Allergic Reaction Action Plan*. <https://www.foodallergy.org/media/329>

Farrokhi, F. & Mahmoudi-Hamidabad, A. (2012). Rethinking convenience sampling : defining quality criteria. *Theory and Practice in Language Studies*, 2, 4, 784-792. DOI: 10.4304/tpls.2.4.784-792

Faure, P. (2010). Des discours de la médecine multiples et variés à la langue médicale unique et universelle. *ASp*, 58, 73-86. <https://doi.org/10.4000/asp.1826>

Ferguson, G. (2007). The global spread of English, scientific communication and ESP: questions of equity, access and domain loss. *English for Medical Purposes*, *Ibérica,* 13, 7-38. <https://www.researchgate.net/publication/28184900_The_Global_Spread_of_English_Scientific_Communication_and_ESP_Questions_of_Equity_Access_and_Domain_Loss>

Ferrance, E. (2000). *Action research*. Providence, RI : LAB, Northeast and Island Regional Education Laboratory at Brown University.

Ferrari, M. & McBride, H. (2011). Mind, brain, and education: the birth of a new science. *LEARNing Landscapes*, 5, 1, 85-100. <https://doi.org/10.36510/learnland.v5i1.533>

Fisher, R.A. (1934). *Statistical methods for research workers*. (5ème édition). Edimbourgh : Oliver and Boyd.

Fink, A. (2003). *How to ask survey questions*. Thousand Oaks, CA : Sage.

Flick, U. (1992). Triangulation revisited: strategy of validation or alternative? *Journal of the Theory of Social Behavior*, 22, 2, 176-197. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1992.tb00215.x>

Foddy, W. (1993) *Constructing questions for interviews and questionnaires. theory and practice in social research*. Cambridge : Cambridge University Press.

Frame, A. (2011). Performing cultures. Sur l'interculturalité de la communication. Lardellier, P. (Dir.), *La Métamorphose Des Cultures. Sociétés Et Organisations à l'Ère De La Globalisation*. Dijon : Éditions Universitaires de Dijon, 143-153. <https://www.academia.edu/6312010/Frame_A_Performing_cultures._Sur_l_interculturalit%C3%A9_de_la_communication>

Frank, R. (2000). Medical communication: non-native English speaking patients and native English speaking professionals. *English for Specific Puposes*, 19, 31-62. DOI : 10.1016/S0889-4906(98)00012-X

Franklin-Landi, R. (2017). Identifying and responding to learner needs at the medical faculty: the use of audio-visual specialised fiction (FASP). Sarré, C. & Whyte, S. (Dir.), *New developments in ESP teaching and learning research,* 153-170.

Fulcher, G. (2013). *Practical language testing*. Routledge.

Fung, L. & Carter, R. (2007). Discourse Markers and Spoken English : Native and Learner Use in Pedagogic Settings. *Applied Linguistics*, 28, 3, 410-439. <https://doi.org/10.1093/applin/amm030>

G

Galisson, R. & Coste, D. (1976). *Dictionnaire de didactique des langues*. Paris: Hachette.

Geeky Medics. <https://geekymedics.com/>

Gérard, F.M. & Roegiers, X. (2003). D*es manuels scolaires pour apprendre : concevoir, évaluer, utiliser*. Bruxelles : De Boeck.

Germain, C. (1993). *Évolution de l'enseignement des langues : 5000 ans d'histoire*. Paris : Clé International, Collection DLE.

Germain, C. (2010). Didactique générale, didactique des langues et linguistique appliquée. *Canadian Journal of Applied Linguistics*, 3, 1-2, 23-33. <https://journals.lib.unb.ca/index.php/CJAL/article/view/19822>

Gielen, S., Dochy, F., Onghena, P., Struyven, K., & Smeets, S. (2011). Goals of peer assessment and their associated quality concepts. *Studies in Higher Education*, 36, 719-735. <https://doi.org/10.1080/03075071003759037>

Giroldi, E., Veldhuijzen, W., Geelen, K., Muris, J., Bareman, F., Bueving, H., Van der Weijden, T. & Van der Vleuten, C. (2017). Developing skilled doctor-patient communication in the workplace: a qualitative study of the experiences of trainees and clinical supervisors. *Advances in Health Science Education Theory and Practice*, 22, 5, 1263-1278. DOI : 10.1007/s10459-017-9765-2

Glendinning, E. & Holmström, B. (1990). *English in medicine* (4ème édition). Cambridge : Cambridge University Press.

Glevarec, H. (2012). *La sériephilie. Sociologie d'un attachement culturel*. Paris : Ellipses.

Godwin-Jones, R. (2018). Contextualized vocabulary learning. *Language Learning & Technology*, 22, 3, 1–19. <https://doi.org/10125/44651>

Gruba, P. (2004). Understanding digitized second language videotext. *Computer Assisted Language Learning*, 17, 1, 51-82. <https://doi.org/10.1076/call.17.1.51.29710>

Grubb, M., Thomson, D. & Cameron, H. (2016). A short guide to the OSCE and creating the station mark sheet. <https://www.ed.ac.uk/files/atoms/files/thurs_am_short_guide_to_the_osce_and_creating_the_station_mark_sheet_notes_handout.pdf>

Gu, P.Y. (2003). Vocabulary learning ina second language : person, task, context and strategies. *TESL-EJ*, 7, 2, 1-25. < https://www.tesl-ej.org/ej26/a4.html>

Guichon, N. & McLornan, S. (2008). The effects of multimodality on L2 learners : implications for CALL resource design. *System*, 36, 1, 85–93. DOI : 10.1016/j.system.2007.11.005

H

Ha, J. F. & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*, 10, 1, 38–43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/?tool..>

Halliday, M.A.K. (1988). On the language of physical science. Ghades, M. (Dir.), *Registers of written English: situational factors and linguistic features*. Londres : Frances Pinte, 161-178.

Hamer, J., Purchase, H., Luxton-Reilly, A. & Denny, P. (2015). A comparison of peer and tutor feedback, assessment & evaluation. *Higher Education*, 40, 1, 151-164. <https://doi.org/10.1080/02602938.2014.893418>

Hamilton, D. (1999) The pedagogic paradox (or why no didactics in England?) *Pedagogy, Culture and Society*, 7, 1, 135-15. <https://doi.org/10.1080/14681369900200048>

Harmer, J. (2001). *The practice of English language teaching*. Harlow : Longman.

Harpe, S.E. (2015). How to analyze Likert and other rating scale data. *Currents in pharmacy teaching and learning*, 7, 836-830. DOI : 10.1016/j.cptl.2015.08.001

Hasan, A. (2000). Learners' perceptions of listening comprehension problems. *Language, Culture and Curriculum*, 13, 2, 137-153. <https://doi.org/10.1080/07908310008666595>

Hascher, T. (2010). Learning and emotion: perspectives for theory and research. *European Educational Research Journal*, 9, 1, 13-28. <https://doi.org/10.2304%2Feerj.2010.9.1.13>

Hawthorne, L. & Birrell, B. (2002). Doctor shortages and their impact on the quality of medical care in Australia. *People and Place*, 10, 3, 55-68.

Headland, T.N. (1990). Introduction: a dialogue between Kenneth Pike and Marvin Harris on emics and ethics. Headland, T.N., Pike, K. & Harris, M. (Dir.), *Emics and etics: the insider/outsider debate.* Newbury Park, CA : Sage, 13-27.

Hindley Rodgers, M.P. (2013). *English language learning through viewing television : an investigation of comprehension, incidental vocabulary acquisition, lexical coverage, attitudes, and captions*. Thèse de Doctorat. Victoria University of Wellington.

Holec, H. (1994). Compétence lexicale et acquisition / apprentissage. *Cahiers de l'ASDIFLE 6, Lexique et didactique du français langue étrangère, Actes des 13ème et 14ème rencontres Paris*. <http://fle.asso.free.fr/asdifle/Cahiers/Asdifle_Cahier6_Holec.pdf>

Holtz, A. (2006). *The medical science of House, M.D.*. New York, NY : Berkley Boulevard.

Hoffman, B.L., Hoffman, R., Wessel, C.B., Shensa, A., Woods, M.S. & Primack, B.A. (2018). Use of fictional medical television in health sciences education: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 23, 1, 201-216. DOI : 10.1007/s10459-017-9754-5

Horsburgh, J. & Ippolito, K. (2018). A skill to be worked at: using social learning theory to explore the process of learning from role models in clinical settings. *BMC Medical Education*, 18, 156-163. DOI : 10.1186/s12909-018-1251-x.

Horst, M., Cobb, T., & Meara, P. (1998). Beyond a Clockwork Orange: acquiring second language vocabulary through reading. *Reading in a Foreign Language*, 11, 2, 207-223.

Houart, M. (2017). L'apprentissage autorégulé : quand la métacognition orchestre motivation, volition et cognition. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 33, 2. <http://journals.openedition.org/ripes/1246>

Hougardy, A. & Oger, L. (2006). Une méthode en 4 x 4 pour l'analyse des besoins et la régulation en FAD. *International Journal of Technologies in Higher Education*, 3, 1, 40-48. DOI : 10.18162/ritpu.2006.107

Houssaye, J. (Dir.). (1993). *La pédagogie: une encyclopédie pour aujourd'hui*. Paris : ESF.

Hudelet, A., Hatchuel, S. & Bataille, S. (2013). Séries et sociétés, un miroir mondialisé. *Le Monde. Hors-série*, Société éditrice du Monde.

Huisman, B., Saab, N., Vand Den Broek, P. & Van Driel, J. (2019). The impact of formative peer feedback on higher education student's academic writing: a meta-analysis. *Assessment and Evaluation in Higher Education*, 44, 6. DOI : 10.1080/02602938.2018.1545896

Hulstijn, J. (2007). Psycholinguistic perspectives on second language acquisition.

Cummins, J. & Davison, C. (Dir.), *The international handbook on English language teaching*. Norwell, MA : Springer, 701-713.

Hunston, S. (2010). How can a corpus be used to explore patterns? O'Keeffe, A. & McCarthy, M. (Dir.), *The routledge handbook of corpus linguistics*. New York, NY : Routledge Taylor & Francis Group, 152-166.

Hutchinson, T. & Waters, A. (1987). *English for specific purposes*. Cambridge University Press.

Hwang, Y. (2011). Pedagogical implications on medical students' linguistic needs. *English Language Teaching*, 4, 4. <https://doi.org/10.5539/elt.v4n4p138>

Hyland, K. (2006a). *English for academic purposes : an advanced resource book*. Londres : Routledge.

Hyland, K. (2006b). Medical discourse: hedges. Brown, K., (Dir.), *Encyclopedia of language and linguistics* (2ème édition). Oxford : Elsevier, 694-697.

Hymes, D. (1972). On communicative competence. Pride, J.B. & Holmes, J. (Dir.), *Sociolinguistics*. Harmondsworth : Penguin.

I

IMDbPro. <https://pro.imdb.com/>

Isani, S. (2004a). Popular films as didactic supports in ESP teaching – selection criteria and ethical considerations. Petit, M. (Dir.), *Aspects de la fiction à substrat professionnel. Collection travaux EA 2025.* Université Bordeaux 2, 121-132.

Isani, S. (2004b). The FASP and the genres within the genre. Petit, M. (Dir.), *Aspects de la fiction à substrat professionnel. Collection travaux EA 2025*. Université Bordeaux 2, 25-36.

Isani, S. (2006). Langue, lecture et littérature populaire : FASP et didactique des langues de spécialité. *Cahiers de l'APLIUT*, XXV, 3. <https://doi.org/10.4000/apliut.2409>

Isani, S. (2010). Dynamique spéculaire de la fiction à substrat professionnel et didactique des langues de spécialité. *ASP*, 58, 105-123. <https://doi.org/10.4000/asp.1843>

Isani, S. & Hérino, M. (1994). La notion de scénario comme outil d'évaluation de la

compétence en langue. *ASP*, 3, 101-121. <https://doi.org/10.4000/asp.4241>

Isen, A. M., Rosenzweig, A. S. & Young, M. J. (1991). The influence of positive affect on clinical problem solving. *Medical Decision Making*, 11, 3, 221–227. <https://doi.org/10.1177%2F0272989X9101100313>

J

Jodelet, D. (2003). Aperçus sur les méthodologies qualitatives. Moscovici, E.S. & Buschini, F. (Dir.), *Les méthodes des sciences humaines*. Paris : PUF, 139-162.

Johns Hopkins Medicine. (n.d.). *Anesthesiology and critical care medicine, division of pain medicine*. <https://www.hopkinsmedicine.org/pain/blaustein_pain_center/PTC_Health_Questionnaire.pdf>

Johns Hopkins Medicine. (n.d.). *Patient history form*. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=11&ved=2ahUKEwjdk9bgss_iAhWdDWMBHU8YD2QQFjAKegQIBBAC&url=https%3A%2F%2Fwww.hopkinsmedicine.org%2Fpsychiatry%2Fspecialty_areas%2Fmoods%2Fpatient_information%2Fdocs%2FPt_medi_history_form.doc&usg=AOvVaw3Su6nvg2VS-dDjOxvEduf_>

Jones, M. & Durrant, P. (2010). What can a corpus tell us about vocabulary teaching materials? O'Keeffe, A. & McCarthy, M. (Dir.), *The routledge handbook of corpus linguistics*. New York : Routledge Taylor & Francis Group, 387-400.

Jones, L. C. & Plass, J. L. (2002). Supporting listening comprehension and vocabulary acquisition in French with multimedia annotations. *The Modern Language Journal*, 86, 4, 546–561. < https://doi.org/10.1111/1540-4781.00160>

Journal of the American Medical Association. (n.d.). *Case reports*. <https://jamanetwork.com/searchresults?page=3&q=case+reports&sort=Newest&allJournals=1&f_ArticleTypeDisplayName=Case+Report&f_JournalDisplayName=JAMA&exPrm_qqq=%7b!payloadDisMaxQParser+pf%3dTags+qf%3dTags%5e0.0000001+payloadFields%3dTags+bf%3d%7d%22case

+reports%22&exPrm_hl.q=case+reports>

Julier-Costes, M., Jeffrey, D. & Lachance, J. (2014). *Séries cultes et culte de la série chez les jeunes*. Paris : Presses de l'Université Laval, Édition Hermann.

Junod, N. & Sommer, J. (2013). Approches en communication pour le bon déroulement d'une consultation. Hôpitaux universitaires de Genève, *Stratégies*, 31.

K

Kaiser, M. (2011). New approaches to exploiting film in the foreign language classroom. *L2 Journal*, 3, 2, 232-249. <http://escholarship.org/uc/item/6568p4f4>

Kalyuga, S. & Plass, J. L. (2018). Cognitive load as a local characteristic of cognitive processes: implications for measurement approaches. Zheng, R.Z. (Dir.), *Cognitive load measurement and application: a theoretical framework for meaningful research and practice.* New York : Routledge, 59-74.

Kalyuga, S. & Singh, A. (2016). Rethinking the Boundaries of cognitive load theory in complex learning. *Educational Psychology Review*, 28, 831-852. <https://doi.org/10.1007/s10648-015-9352-0>

Kanselaar, G. (2002). Constructivism and socio-constructivism. <https://www.kanselaar.net/wetenschap/files/Constructivism-gk.pdf>

Kee, J.W.Y, Khoo, H.S., Lim, I. & Koh, M.Y.H. (2018). Communication skills in patient-doctor interactions : learning from patient complaints. *Health Professions Education*, 4, 2, 97-106. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.006>

Keller, V. & Carroll, J.G. (1994). A new model for physician–patient communication. *Patient Education Counselling*, 23, 2, 131–40. <https://doi.org/10.1016/0738-3991(94)90051-5>

Kelley, K., Clark, B., Brown, V. & Sitzia, J. (2003). Good practice in the conduct and reporting of survey research. *International Journal for Quality in Health Care*, 15, 3, 1, 261-266. DOI : 10.1093/intqhc/mzg031

Kensington hospital. (n.d.). *Admission form*.

<https://www.healthpoint.co.nz/download,357739.do>

Kecskes, I. (2017). Cross-cultural and intercultural pragmatics. Huang, Y. (Dir.), *The Oxford handbook of pragmatics*. Oxford : Oxford university press. DOI : 10.1093/oxfordhb/9780199697960.013.29.

Khan, A. & Alzobidy, S. (2019). Vowel variation between American English and British English. *International Journal of English Linguistics*, 9, 350-356. DOI : 10.5539/ijel.v9n1p350.

Kirk, R. E. (2003). The importance of effect magnitude. Davis, S.F. (Dir.), *Handbook of research methods in experimental psychology*. Malden, MA : Blackwell, 83-105.

Kline, R. B. (2004). *Beyond significance testing: reforming data analysis methods in behavioral research*. Washington, DC : APA Books.

Koester, A. (2010). Building small specialized corpora. O'Keeffe, A. & McCarthy, M. (Dir.), *The routledge handbook of corpus linguistics*. New York, NY : Routledge Taylor & Francis Group, 66-79.

Kramsch, C. (1991). *Interaction et discours dans la classe de langue*. Paris : Didier/Hatier.

Kubey, R. (2003). Why U.S. media education lags behind the rest of the English-speaking world. *Television and New Media*, 4, 4, 351-370. <https://doi.org/10.1177%2F1527476403255808>

Kurtz, S. & Silverman, J. (1996). The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education*, 30*,* 2, 83-89. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x>

Kurtz, S., Silverman, J. & Draper, J. (2010). *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*. Édition médecine et hygiène.

Kusyk, M. & Sockett, G. (2012). From informal resource usage to incidental language acquisition: language uptake from online television viewing in English. *ASp*, 62, 45-65. <https://doi.org/10.4000/asp.3104>

L

Ladha, T., Zubairi, M., Hunter, A., Audcent, T., & Johnstone, J. (2018). Les

communications interculturelles – des outils pour travailler auprès des familles et des enfants. *Paediatrics & Child Health*, 23, 1, 70–73. <https://doi.org/10.1093/pch/pxx159>

Lake City Community Hospital. (n.d.). *Universal medication form*. <http://www.lcchospital.org/pdf/medication%20form.pdf>

Layder, D. (1988). The relation of theory and method: causal relatedness, historical contingency and beyond. *Sociological Review,* 36, 3, 441-463. <https://doi.org/10.1111%2Fj.1467-954X.1988.tb02923.x>

Leclerc, M.J. (2015). L'évaluation: un élément crucial du processus d'apprentissage. <http://rire.ctreq.qc.ca/wp-content/uploads/2015/06/Marie-Josee-Leclerc-Methodes-devaluation.pdf>

Le Cor, G. (2001). La fiction à substrat professionnel comme médiation du milieu professionnel, étude de cas : *The Hunt for Red October* de Tom Clancy et son adaptation cinématographique. *ASp*, 31-33, 215-226. DOI : https://doi.org/10.4000/asp.1970

Légifrance. (1984). *Décret 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires*. < https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000689714>

Légifrance. (2009). *Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé*, JORF 0266 du 17 novembre 2009 page 19838 texte 14, NOR: ESRS0925329A. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2009/10/28/ESRS0925329A/jo/texte>

Légifrance. (2010). *Arrêté du 28 décembre 2009 fixant les sections et les modalités d'organisation des concours de l'agrégation*, JORF 0004 du 6 janvier 2010 texte 17, NOR: MENH0931284A. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2009/12/28/MENH0931284A/jo/texte>

Légifrance. (2011). *Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales*, JORF 0087 du 13 avril 2011 page 6514 texte 34, NOR: ESRS1106857A. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/3/22/ESRS1106857A/jo/tex

te>

Légifrance. (2013a). *Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales*, NOR: ESRS1308333A, <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2013/4/8/ESRS1308333A/jo/texte>

Légifrance. (2013b). *Arrêté du 19 avril 2013 fixant les modalités d'organisation des concours du certificat d'aptitude au professorat du second degré*, JORF 0099 du 27 avril 2013 texte 14, NOR: MENH1310120A. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2013/4/19/MENH1310120A/jo/texte>

Légifrance. (2014). *Décret 2014-674 du 24 juin 2014 modifiant les dispositions du code de la santé publique relatives aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie*, JORF 0146 du 26 juin 2014 texte 22, NOR: AFSH1408850D. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/6/24/AFSH1408850D/jo/texte>

Légifrance. (2015). *Code de déontologie médicale. Sous-section 1 : devoirs généraux des médecins*. Code de la santé publique. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000025843568&idSectionTA=LEGISCTA000006196408&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

Légifrance. (2016). Article R632-20 du Code de l'Éducation. Modifié par Décret 2016-1597 du 25 novembre 2016 - art. 1. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071191&idArticle=LEGIARTI000027864901&dateTexte=&categorieLien=cid>

Légifrance. (2017). *Arrêté du 12 avril 2017 portant sur l'organisation du troisième cycle des études de médecine,* JORF 0089 du 14 avril 2017 texte 13, NOR: MENS1708241A. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034419758>

Légifrance. (2019). *Arrêté du 16 avril 2019 fixant le nombre d'étudiants autorisés, selon les différentes modalités d'admission, à poursuivre en deuxième ou*

troisième année leurs études en médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique à la rentrée universitaire 2019-2020, JORF 0095 du 21 avril 2019 texte 12, NOR: SSAH1911464A. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2019/4/16/SSAH1911464A/jo/texte>

Lenoir, Y. (1996). Médiation cognitive et médiation didactique. Raisky, C. et Caillot, M. (Dir.), *Au-delà des didactiques, le didactique. Débats autour de concepts fédérateurs*. Bruxelles : De Boeck Université, 223-251.

Leow, R.P. & Zamora, C.C. (2017). Intentional and incidental L2 learning. Loewen, S. & Sato, M. (Dir.), *The routledge hanbook of instructed second language acquisition*. New York, NY : Routledge Handbooks, 33-49.

Lerat, P. (1995). *Les langues spécialisées*. Paris : Presses Universitaires de France.

Lerchenfeldt, S., Mi, M. & Eng, M. (2019). The utilization of peer feedback during collaborative learning in undergraduate medical education: a systematic review. *BMC Medical Education*, 19. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1755-z>

Leroy, M. (2012). *Les manuels scolaires : situation et perspectives*. Rapport IGEN 2012-036. < https://www.education.gouv.fr/cid61373/les-manuels-scolaires-situation-et-perspectives.html>

Leung, L. (2015). Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4, 3, 324–327. DOI : 10.4103/2249-4863.161306

Lin, P. & Siyanova-Chanturia, A. (2014). Internet television for L2 vocabulary learning. Nunan, D. & Richards, J.C. (Dir.), *Language learning beyond the classroom*, Londres : Routledge, 149-158.

Lindgren, E. & Muñoz, C. (2013). The influence of exposure, parents, and linguistic distance on young European learners' foreign language comprehension. *International Journal of Multilingualism*, 10, 1, 105-129. DOI :10.1080/14790718.2012.679275

Liu, N.F. & Carless, D. (2006). Peer feedback: the learning element of peer assessment. *Teaching in Higher Education*, 11, 3, 279-290. <https://doi.org/10.1080/13562510600680582>

Llorca, G. (2003). *Du raisonnement médical à la décision partagée : introduction à*

l'éthique en médecine. Paris : Med-Line édition.

Lockhart, W. (2016). Practical means of vocabulary learning with a focus on the four skills. *The New English Teacher*, 10, 1, 101-113. <http://www.assumptionjournal.au.edu/index.php/newEnglishTeacher/article/view/1256/1504>

Long, M. H. (1991). Focus on form: a design feature in language teaching methodology. De Bot, K., Ginsberg, R.B. & Kramsch, C. (Dir.), *Foreign language research in cross-cultural perspective*. Amsterdam : John Benjamins Publishing, 39-52.

Long, M. (2005). Methological issues in learner needs analysis. Long, M. (Dir.), *Second language needs analysis*. Cambridge : Cambridge University Press, 19-76.

Long, M. (2016). In defense of tasks and TBLT: nonissues and real issues. *Annual Review of Applied Linguistics*, 36, 5-33. <https://doi.org/10.1017/S0267190515000057>

Lussier, M.T. & Richard, C. (2008). En l'absence de panacée universelle : Répertoire des relations médecin-patient. *Canadian Family Physician*, 54, 8, 1096–1099. < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2515242/>

Luzon Marco, M.J. (2000). Collocational frameworks in medical research papers: a genre-based study. *English for Specific Purposes*, 19, 1, 63-86. <https://www.academia.edu/2652952/Collocational_frameworks_in_medical_research_papers_a_genre-based_study>

M

Macaire, D. & Boulton, A. (2014). Editorial. *Recherches en didactique des langues et des cultures*, 11, 1. <http://rdlc.revues.org/1665>

Macmillan Education Ltd. (2002). *Macmillan English dictionary for advanced learners*. Oxford: Macmillan Education.

Maguire, P. & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal (clinical research edition)*, 325, article 7366, 697–700. <https://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.325.7366.697>

Maher, J. (1986). English for medical purposes. *Language Teaching,* 19, 2, 112-145.

<https://doi.org/10.1017/S0261444800012003>

Makoul, G. (1998). Communication research in medical education. Jackson. L., Duffy, B.K. (Dir.), *Health communication research: a guide to developments and directions.* Westport, CT : Greenwood Press, 17–35.

Makoul, G., Brunett, P., Campbell, T., Cole-Kelly, K., Danoff, D., Frymier, R., Goldstein, M., Gordon, G., Klass, D., Kurtz, S., Laidlaw, J., Lang, F., MacLellan, A.M., Miller, S., Novack, D., Rider, E., Simon, F., Sluyter, D., Swing, S. & Whelan, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine*, 76, 390-393. DOI : 10.1097/00001888-200104000-00021

Maniez, F. & Welsby, P. (2005). *L'Anglais médical en situation d'après Clinical History Taking and Examination*. Paris : Elsevier.

Marks Greenfield, P. (1984). *Mind and Media, the Effects of Television, Video Games and Computers*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Marquilló Larruy, M. (2003). *L'interprétation de l'erreur – didactique des langues étrangères*. Paris : Clé International.

Martin, O. (2012). *L'enquête et ses méthodes – l'analyse quantitative des données*. Paris : Armand Colin.

Martinez, P. (2017). *La didactique des langues étrangères* (8ème édition). Paris: Presses universitaires de France.

Mayer, R. E. & Moreno, R. (1998). A split-attention effect in multimedia learning : evidence for dual processing systems in working memory. *Journal of Educational Psychology*, 90, 2, 312–320. < https://doi.org/10.1037/0022-0663.90.2.312>

McGann, S. (2015). From how to who: accuracy and authenticity in the portrayal of the medic in TV drama. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 108, 4, 123-126. <https://doi.org/10.1177/0141076815579584>

McLeod, S.A. (2019). Qualitative vs. quantitative research. *Simply Psychology*. <https://www.simplypsychology.org/qualitative-quantitative.html>

McWhinney, I. (1989). *A textbook of family medicine*. Oxford University Press.

Medical History Questionnaire. (n.d.). <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=13&ved=2ahUKEwjdk9bgss_iAhWdDWMBHU8YD2QQFjAMegQICRAC&u

rl=http%3A%2F%2Fwww.aahf.info%2Fpdf%2FMedical_Questionnaire.doc&usg=AOvVaw2ulhfVzXi9h7ndwB7EJlTP>

Medioni, M.A. (2012). Le cinéma, de la motivation à la mobilisation intellectuelle. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité*, XXXI, 2. <https://doi.org/10.4000/apliut.2736>

Mémet, M. (2008). Aspects de la recherche en anglais de spécialité en France. *Cahier du CIEL, 2007-2008*, 13-36. <http://www.eila.univ-paris-diderot.fr/recherche/clillac/ciel/cahiers/2007-2008>

Millette, B., Lussier, M.T. & Goudreau, J. (2004). L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie médicale*, 5, 2, 110-126. <https://doi.org/10.1051/pmed:2004013>

Mini Mental State Examination (MMSE). (n.d.). <http://www.oxfordmedicaleducation.com/wp-content/uploads/2015/08/MMSE-printable-mini-mental-state-examination.pdf>

Ministère de l'Éducation Nationale et de la Jeunesse. (2010). *Propriété intellectuelle. Accord sur l'utilisation des œuvres cinématographiques et audiovisuelles à des fins d'illustration des activités d'enseignement et de recherche*. Bulletin Officiel 5 du 4 février 2010, NOR : MENJ0901120X. <https://www.education.gouv.fr/cid50451/menj0901120x.html>

Mittmann, B. (2006). With a little help from *Friends* (and others): lexico-pragmatic characteristics of original and dubbed film dialogue. Houswitschka, C., Knappe, G. & Müller, A. (Dir.), *Anglistentag, Bamberg – Proceedings*. Trier : Wissenschaftlicher Verlag Trier, 573-585.

Mondada, L. (2012). Organisation multimodale de la parole-en-interaction : pratiques incarnées d'introduction des référents. *Langue française*, 175, 3, 129-147. DOI : 10.3917/lf.175.0129.

Mondada, L. (2017). Nouveaux défis pour l'analyse conversationnelle : l'organisation située et systématique de l'interaction sociale. *Langage et société*, 160-161, 2, 181-197. DOI : 10.3917/ls.160.0181.

Moon, J. (2000). *Children learning English*. Oxford : Macmillan Heinemann Publishers.

Moral, R. R., García de Leonardo, C., Caballero Martínez, F. & Monge Martín, D. (2019). Medical students' attitudes toward communication skills learning: comparison between two groups with and without training. *Advances in medical education and practice*, 10, 55–61. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S182879>

Mount Clemens Regional Medical Center. (n.d.). *History and physical examination form hospital admit note*. <https://www.mclaren.org/Uploads/Public/Documents/Macomb/documents/Medical%20Staff%20Services/MS%20Exam%20Form.PDF>

Mullis, I.V.S., Martin, M.O., Kennedy, A.M. & Foy, P. (2007). *PIRLS 2006 International Report: IEA's Progress in International Reading Literacy Study in Primary Schools in 40 Countries*. Chestnut Hill, MA : International Association for the Evaluation of Educational Achievement (IEA).

Muryn, T. & Niziolek, M. (2017). Routines conversationnelles dans le roman policier : interrogatoire. *Actes des 9èmes Journées Internationales de la Linguistique de corpus*. Grenoble, 64-67.

Mustajoki, A. (2017). Why is miscommunication more common in everyday life than in lingua franca conversation? Kecskes, I. & Assimakopoulos, S. (Dir.), *Current Issues in Intercultural Pragmatics*, *Pragmatics & Beyond New Series, 274*. Amsterdam : John Benjamins, 55-74. <https://doi.org/10.1075/pbns.274>

N

Narcy-Combes, J. (1998). La Problématique action research/recherche-action et le travail coopératif. *ASP*, [En ligne], 19-22. DOI : 10.4000/asp.2835

Narcy-Combes, J.P. & Narcy-Combes, M.F. (2019). *Cognition et personnalité dans l'apprentissage des Langues : relier théories et pratiques*. Paris : Les Éditions Didier.

Nation, I.S.P. (2011). Research into practice : vocabulary. *Language Teaching*, 44, 4, 529-539. < https://www.wgtn.ac.nz/lals/resources/paul-nations-publications/paul-nations-publications/publications/research-into-practicef.pdf>

Navarro, D.J. & Foxcroft, D.R. (2019). *Learning statistics with Jamovi: a tutorial for psychology students and other beginners*. (Version 0.70). DOI : 10.24384/hgc3-7p15.

Née, E., Sitri, F. & Veniard, M. (2016). Les routines, une catégorie pour l'analyse de discours : le cas des rapports éducatifs. *Lidil*, 53. DOI : 10.4000/lidil.3939

Neighbour, R. (1987) *The inner consultation.* Lancaster : MTP Press

Neuliep, J. (2015). *Intercultural communication: a contextual approach*. Thousand Oaks : CA: SAGE Publications, Inc.

Neuman, S. B. & Koskinen, P. (1992). Captioned television as comprehensible input : Effects of incidental word learning from context for language minority students. *Reading Research Quarterly*, 27, 1, 94-106. <https://doi.org/10.2307/747835>

NHS Great Ormond Street Hospital for Children, NHS Foundation Trust. (n.d.). *Health dictionary*. <https://www.gosh.nhs.uk/conditions-and-treatments/health-dictionary>

Nicol, D. (2010). From monologue to dialogue: improving written feedback processes in mass higher education. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 35, 5, 501–517. <https://doi.org/10.1080/02602931003786559>

Nicol, D. & MacFarlane-Dick, D. (2006). Formative assessment and self-regulated learning: a model and seven principles of good feedback practice. *Studies in Higher Education*, 31, 2, 199-218. <https://doi.org/10.1080/03075070600572090>

Norris, N. (1997). Error, bias and validity in qualitative research. *Educational Action Research*, 5, 1, 172-176. <https://doi.org/10.1080/09650799700200020>

Northcott, J. (2012). Methods for language for specific purposes. Chapelle, C.A. (Dir.), *The Encyclopedia of Applied Linguistics*. DOI :10.1002/9781405198431.wbeal0764

Novack, D.H., Dube, C. & Goldstein, M.G. (1992). Teaching medical interviewing: a basic course on interviewing and the physician–patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 152, 1814–1820. DOI : 10.1001/archinte.1992.00400210046008

Numa-Bocage, L. (2007). La médiation didactique : un concept pour penser les

registres d'aide de l'enseignant. *Carrefours de l'éducation*, 23, 1, 55-70. DOI : 10.3917/cdle.023.0055

Nunan, D. (1988). *Syllabus design*. Oxford : Oxford University Press.

Nunan, D. (1989). *Designing tasks for the communicative classroom*. Cambridge : Cambridge University Press.

Nunan, D. (2009). *Task-based language teaching*. Cambridge : Cambridge University Press.

NVivo. <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>

O

O'Connell, A.M. (2012). Les séries télévisuelles juridiques américaines : représentations langagières et culturelles d'une communauté professionnelle. *Recherche et Pratiques Pédagogiques en Langues de Spécialité, Cahiers de l'APLIUT*, 31, 2, 113-125. <https://doi.org/10.4000/apliut.2720>

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2006). *PISA 2006 : Les compétences en sciences un atout pour réussir*. 1 – Analyse des résultats. Paris : Les Éditions de l'OCDE.

Ortega, L. (2015). Usage-based SLA : a research habitus whose time has come. Cadierno, T. & Eskildsen, S.W. (Dir.), *Usage-based perspectives on second language learning*. Amsterdam, Netherlands: Walter de Gruyter, 353–373. DOI : 10.1515/9783110378528-016.

Oxford University Hospitals, NHS Trust. (n.d.). *Severe allergic reaction action plan*. <https://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/121210severeactionplan.pdf>

P

Paivio, A. (1986). *Mental representations : a dual coding approach*. Oxford : Oxford University Press.

Paltridge, B., & Starfield, S. (2012). Introduction. Paltridge, B. & Starfield, S. (Dir.), *The handbook of English for specific purposes*. Malden, Massachusetts : John Wiley & Sons, 1-4.

Panadero, E., Jonsson, A. & Alqassab, M. (2018). Peer feedback used for formative purposes: review of findings. Lipnevich, A. & Smith, J.K. (Dir.), *The Cambridge handbook of instructional feedback*. Cambridge : Cambridge University Press, 409-431.

Pannucci, C. & Wilkins, E.G. (2010). Identifying and avoiding bias in research. *Plastic Reconstructive Surgery*, 126, 2, 619-625. DOI : 10.1097/PRS.0b013e3181de24bc

Pasquier D., & Heurtin J.P. (1997). Télévision et apprentissages sociaux : les séries pour adolescents. *Sociologie de la communication*, 1, 1, 811-830.

Pawlikowska, T. (2007). Consultation models. Charlton, R. (Dir.), *Learning to consult*. Oxford : Radcliffe Pub, 178-215.

Pellicer-Sánchez, A. & Schmitt, N. (2010). Incidental vocabulary acquisition from an authentic novel : do things fall apart ? *Reading in a Foreign Language*, 22, 1, 31-55. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ887875.pdf>

Pendleton, D. *et al*. (1984). *The consultation, an approach to teaching and learning*. Oxford : Oxford Medical Publications.

Perdrix, C., Gocko, X. & Plotton, C. (2017). *La relation médecin-patient*. Collège National des Généralistes Enseignants. Exercer. <http://docplayer.fr/62114682-La-relation-medecin-patient.html>

Pernet, C. (2017). Null hypothesis significance testing: a guide to commonly misunderstood concepts and recommendations for good practice. *F1000Research*, 4, 621. <https://doi.org/10.12688/f1000research.6963.5>

Perrin, M. (1990). De l'utilisation communicative des documents authentiques. Perrin, M. & Delorme, L. (Dir.), *Actes du XIème colloque du G.E.R.A.S. (Groupe d'étude et de recherche en anglais de spécialité) et de l'atelier « Langue de spécialité » du XXXème Congrès de la SAES.* Bordeaux, 9-34.

Peters, E. & Webb, S. (2018). Incidental vocabulary acquisition through viewing L2 television and factors that affect learning. S*tudies in Second Language Acquisition,* 40, 1-27. DOI : 10.1017/S0272263117000407.

Petit, M. (1999). La fiction à substrat professionnel : une autre voie d'accès à

l'anglais de spécialité. *ASP*, 23-26, 57-81. <https://doi.org/10.4000/asp.2325>

Petit, M. (2002). Éditorial. *ASP*, 35-36, 1-2.

Petit, M. (2010). Le discours spécialisé et le spécialisé du discours : repères pour l'analyse du discours en anglais de spécialité. *E-rea*, 8, 1. DOI : 10.4000/erea.1400

Pike, K.L. (1967). *Language in relation to a unified theory of the structures of human behavior* (2ème édition). The Hague : Mouton.

Pill, T.J.H. (2013). *What doctors value in consultations and the implications for specific-purpose language testing*. Thèse de doctorat. University of Melbourne, Australie.

Piot, T. (2018). Le rôle déterminant et méconnu des conversations soignant-patient au cœur des interactions de soin. *Les dossiers des sciences de l'éducation*, 39. <https://doi.org/10.4000/dse.2155>

Poinsot, D. (2004). *Statistiques pour statophobes*. <http://perso.univ-rennes1.fr/denis.po insot>

PRU Life UK. (n.d.). *Atten ding physician's statement, neurological exam form*. <https://www.prulifeuk.com.ph/export/sites/prudential-ph/.galleries/PDF/APS_-_Neurological_Exam_Form.pdf>

Punch, K. (1998). *Introduction to social research: quantitative and qualitative approaches.* Londres : Sage

Python Tutorials. (n.d.). *Stop list*. <https://pythonspot.com/nltk-stop-words/>

Q

Quaglio, P. (2008). Television dialogue and natural conversation: linguistic similarities and functional differences. Ädel, A. & Reppen, R. (Dir.), *Corpora and discourse. The challenges of different settings.* Amsterdam/Philadelphie : John Benjamins, 189-210.

Quaglio, P. (2009). *Television dialogue: the sitcom Friends vs. natural conversation. Studies in corpus linguistics*. Amsterdam : John Benjamins.

Quain, B., Bokunewicz, J.F.& Criscione-Naylor, N.M. (2018). The Profit: using reality TV to teach management theories and strategies. *Journal of Cogent*

Education, 5, 1. DOI : 10.1080/2331186X.2018.1444326

Quero, B. & Coxhead, A. (2018). Using a corpus-based approach to select medical vocabulary for an ESP course: the case for high-frequency vocabulary. DOI : 10.1007/978-3-319-70214-8_4.

Quivy, M. & Tardieu, C. (2002). *Glossaire de didactique de l'anglais* (2ème édition). Paris : Ellipses.

R

Rahman, M. (2015). English for Specific Purposes (ESP): a holistic review. *Universal Journal of Educational Research*, 3, 1, 24-31. DOI : 10.13189/ujer.2015.030104

Rebuschat, P. (Dir.). (2015). *Implicit and explicit learning of languages*. Amsterdam/Philadelphie : John Benjamins Publishing Company.

Reppen, R. (2010). Building a corpus. What are the key considerations? O'Keeffe, A. & McCarthy, M. (Dir.), *The routledge handbook of corpus linguistics*. New York, NY : Routledge Taylor & Francis Group, 31-37.

Richard, C., Lussier, M.T., Galarneau, S. & Jamoulle, O. (2010). Compétence en communication professionnelle en santé. *Pédagogie médicale*, 11, 4, 255-272. DOI:10.1051/pmed/2011009

Richards, J. & Rodgers, T. S. (2001). *Approaches and methods in language teaching*. Cambridge : Cambridge University Press.

Richards, J. (2006). *Communicative language teaching today.* Cambridge : Cambridge University Press.

Richardson, L. (2000). Writing: a method of inquiry. N. Denzin, & Y. Lincoln (Dir.), *Handbook of qualitative research* (2ème édition). Thousand Oaks, Californie : Sage Publications, 923-948.

Rider, E.A. (2010). Interpersonal and communication skills. Rider, E.A. & Nawotniak, R.H. (Dir.), *A practical guide to teaching and assessing the ACGME core competencies* (2ème édition). Marblehead, MA : HCPro, Inc., 1-137.

Riley, D. (1995). *Test your vocabulary for medicine: a workbook for users*. Middlesex : Peter Collin Publishing.

Robert, J.P. (2002). *Dictionnaire pratique de didactique du FLE.* Paris : Ophrys

Rohdenburg, G. & Schlüter, J. (Dir). (2009). *One language, two grammars?* Cambridge : Cambridge university Press.

Roy, M., Ph, D. & Prévost, P. (2013). La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. *Recherches qualitatives*, 32, 2, 129-151.

Russ J. (1994). *La pensée éthique contemporaine.* Paris : Presses Universitaires de France.

S

Sala, B. (2018). *Stratégies de communication des médecins généralistes dans la relation médecin-patient*. Médecine humaine et pathologie. 2018.<dumas-01996482>

Salager-Meyer, F. (1994). Hedges and textual communicative function in medical English written discourse. *English for Specific Purposes*, 13, 2, 149-171. <https://doi.org/10.1016/0889-4906(94)90013-2>

Salager-Meyer, S., Defives, G., Jensen, C. & De Filipis, M. (1989). Principal component analysis and medical English discourse: an investigation into genre analysis. *System*, 17, 1, 21-34. <https://doi.org/10.1016/0346-251X(89)90057-2>

Salem, J. (1999). *Hippocrate : connaître, soigner, aimer*. Paris : Éditions du Seuil.

Salomon, G. (1984). Television is “easy” and print is “tough”: the differential investment of mental effort in learning as a function of perceptions and attributions. *Journal of Educational Psychology*, 76, 647-658. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.76.4.647>

Sandberg, T. *et al* (2012). Ciprofloxacin for 7 days versus 14 days in women with acute pyelonephritis: a randomized, open-label and double-blind, placebo-controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 380, 484-90. DOI : 10.1016/S0140-6736(12)60608-4

Sanders, L. (2017). House and the medical diagnosis. De laTorre T (Dir.), *Medicine in the television series*. Barcelone : Esteve Foundation, 11-17.

Sarré, C. & Whyte, S. (2016). Research in ESP teaching and learning in French

higher education: developing the construct of ESP didactics. *ASp*, 69, 139-164. <https://doi.org/10.4000/asp.4834>

Savignon, S. (1983). *Communicative competence : theory and classroom practice*. Reading, MA : Addison-Wesley.

Schinkel, S., Schouten, B.C., Kerpiclik, F., Van Den Putte, B., & Van Weert, J.C. M. (2018). Perceptions of Barriers to Patient Participation: Are They Due to Language, Culture, or Discrimination? *Health Communication*, 1, 13, 1469-1481. DOI :10.1080/10410236.2018.1500431

Schmitt, N. (2000). *Vocabulary in language teaching*. Cambridge : Cambridge University Press.

Sepulchre, S. (2011). *Décoder les séries télévisées*. Bruxelles : Éditions De Boeck, Collection INFO & COM.

Sheen, R. (2006). Focus on forms as a means of improving accurate oral production. Housen, A. & Pierrard, M. (Dir.), *Investigations in instructed second language acquisition*. Berlin, New York : Mouton de Gruyter, 271-310.

Shevell, A.H, Thomas, A. & Fuks, A. (2014). Teaching professionalism to first year medical students using video clips. *Medical Teacher*, 37, 10, 935-942. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.970620>

Shintani, N. (2015). The incidental grammar acquisition in focus on form and focus on forms instruction for young beginner learners. *TESOL Quarterly*, 49, 1, 115-140. <https://doi.org/10.1002/tesq.166>

Shuttleworth, M. (2008). *Quantitative research design*. <https://explorable.com/quantitative-research-design>

Skehan, P. (1998). *A cognitive approach to language learning*. Oxford : Oxford University Press.

Skelton, J.R. & Whetstone, J. (2012). English for medical purposes and academic medicine: looking for common ground. *English for Medical Purposes, Ibérica*, 24, 87-102. < http://www.aelfe.org/documents/08_24_Skelton.pdf>

Sockett, G. (2014). *The online informal learning of English*. Palgrave Macmillan.

Spada, N. (2007) Communicative language teaching. Cummins J. & Davison C. (Dir.), *International handbook of English language teaching, Springer international handbooks of education,* 15. Boston, MA : Springer, 271-288.

Spitz, A. (2005). *Power plays: the representation of mother-daughter disputes in*

contemporary plays by women ; a study in discourse analysis. Thèse de doctorat. Université de la Sarre, Sarrebrucke. <http://scidok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2006/595/pdf/dissFINALE.pdf>

Standardised Mini-Mental State Examination (SMMSE). (n.d.). <https://www.ihpa.gov.au/sites/default/files/publications/smmse-tool-v2.pdf>

Stanhope, K. (2015). 'Code Black' EPs on lack of medical dramas, adding authenticity. *The Hollywood Reporter*. <https://www.hollywoodreporter.com/live-feed/code -black-epslack-medical-814333>

Stébé, J.M. (2007). *Risques et enjeux de l'interaction sociale*. Éditions Tec & Doc, Collection Sciences du risque et danger.

Stedman, T. L. (2001). *Stedman's Concise Medical Dictionary for the Health Professions: Illustrated* (4ème édition). Baltimore, MD : Lippincott Williams & Wilkins.

Sternberg, R. J. (1987). Most vocabulary is learned from context. McKeown, M.G. & Curtis, M.E. (Dir.), *The nature of vocabulary acquisition*. Hillsdale, N.J. : Lawrence Erlbaum, 89-106.

Stevens, A. (Dir.). (2009). *Study on the impact of Information and Communications Technology (ICT) and new media on language learning: final report EACEA 2007/09*. Bruxelles : Commission Européenne. <http://eacea.ec.europa.eu/LLp/studies/study_impact_ict_new_media_language_learning_en.php>

Stewart, M., Belle Brown, J., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L. & Freeman, T.R. (1995). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA : Sage.

Stoesslé, P. (2015). Les défis interculturels dans les formations de français de la médecine. *Synergies Mexique*, 5, 115-125. < https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02145018/document>

Stordeur, J. (2015). *Comprendre, apprendre, mémoriser: les neurosciences au service de la pédagogie*. Louvain-la-Neuve : De Boeck.

Strevens, P. (1988). ESP after twenty years: a re-appraisal. Tickoo, M. (Dir.), *ESP : state of the art*. Singapore : SEAMEO Regional Centre, 1-13.

Sueyoshi, A. & Hardison, D.M. (2005). The role of gestures and facial cues in second language listening comprehension. *Language Learning*, 55, 661-699. DOI : 10.1111/j.0023-8333.2005.00320.x

Sullivan Palincsar, A. (2005). Social constructivist perspectives on teaching and learning. *An introduction to Vygotsky* (2ème édition). Londres : Routledge.

Swales, J. (1990). *Genre analysis: English in academic and research settings*. Cambridge : Cambridge University Press.

Swan, M. (2005) *Practical English usage* (3ème édition). Oxford : Oxford University Press.

Sweller, J. (1994). Cognitive load theory, learning difficulty, and instructional design. *Learning and Instruction*, 4, 295-312. <https://doi.org/10.1016/0959-4752(94)90003-5>

Sweller, J. (2010). Element interactivity and intrinsic, extraneous, and germane cognitive load. *Educational Psychology Review*, 22, 123-138. <https://doi.org/10.1007/s10648-010-9128-5>

Sweller, J., Ayres, P., & Kalyuga, S. (2011). Measuring cognitive load. Sweller, J., Ayres, P. & Kalyuga, S. (Dir.), *Cognitive load theory: explorations in the learning sciences, instructional systems and performance technologies*. New York : Springer, 71-85.

T

Taggart, C. & Wines, J.A. (2011). *My Grammar and I (or should that be "me"?)*. Londres : Michael O'Mara Books Limited.

Taguchi, N. (2003). A comparative analysis of discourse markers in English conversational registers. *Applied Linguistics*, 13, 1, 41-69.

Taillefer, G. (2004). Une analyse critériée des besoins linguistiques dans l'enseignement universitaire des sciences économiques. *ASp*, 43-44, 107-124. <https://doi.org/10.4000/asp.1095>

Talavan, N. (2007). Learning vocabulary through authentic video and subtitles. *Tesol-Spain newsletter*, 31, 5-8.

Tannen, D. (1986). *Conversational style : analyzing talk among friends*. Oxford : Oxford University Press.

Tardieu, C. (2014). *Notions-clés de la didactique de l'anglais*. Presses de la Sorbonne Nouvelle, Collection Les Fondamentaux.

Taylor, L. & Wigglesworth, G. (2009). Are two heads better than one? Pair work in L2 assessment contexts. *Language Testing*, 26, 3, 325-339. <https://doi.org/10.1177/0265532209104665>

Terry, D. & Peck, B. (2019). Television as a career motivator and education tool: a final-year nursing student cohort study. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10, 346-357. DOI : 10.3390/ejihpe10010026

The British National Corpus, version 3 (BNC XML Edition). (2007). <http://www.natcorp.ox.ac.uk/>

The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. (2000). Effects of an angiotensin-converting–enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *The New England Journal of Medicine*; 342, 145-153. DOI : 10.1056/NEJM200001203420301

The Jamovi Project (2019). *Jamovi*. (Version 1.1) [logiciel]. <https://www.jamovi.org>

The Lancet. (n.d.). *Emergency care*. < https://www.thelancet.com/action/doSearch?occurrences=all&searchText=emergency+care&searchType=quick&searchScope=fullSite&artLblfield=Case+Report&filterModify=true>

The New England Journal of Medicine. (n.d.). *Browse case reports*. <https://www.nejm.org/medical-articles/clinical-cases#qs=%3FrequestType%3Dajax%26topic%3D10%26category%3Dclinicalcases%26page%3D3>

Thomas, P., Chandès, G. & Hazif-Thomas, C. (2016). Mémoire et sens. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 16, 94, 183-193. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.03.009>

Tisseron, S. (2005). La réalité de l'expérience de fiction. *L'Homme*, 175-176, 131-145. <https://doi.org/10.4000/lhomme.29524>

Toffoli, D. & Sockett, G. (2010). How non-specialist students of English practice informal learning using web 2.0 tools. *ASp*, 58, 125-144. <https://doi.org/10.4000/asp.1851>

Tokyo Medical University. (2008). *Video materials*. < http://www.emp-tmu.net/home/>

Toscani, P. & Restrepo, G. (2017). *Dynamiser les pratiques éducatives avec les neurosciences*. Lyon : Chronique sociale.

Tourmen, C. (2014). Usages de la didactique professionnelle en formation : principes et évolutions. *Savoirs*, 36, 3, 9-40. DOI : 10.3917/savo.036.0009.

TV Show Transcript. (2001). <https://tvshowtranscripts.ourboard.org/index.php>

Traverso, V. (2007). Pratiques communicatives en situation : objets et méthode de l'analyse d'interaction. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 2, 21-32. DOI : 10.3917/rsi.089.0021.

Trouillon, J.L. (2010). *Approches de l'anglais de spécialité*. Perpignan : Presses Universitaires de Perpignan.

Tutin, A. (2013). La phraséologie transdisciplinaire des écrits scientifiques : des collocations aux routines sémantico-rhétoriques. Tutin, A & Grossmann, F. (Dir.), *L'écrit scientifique : du lexique au discours. Autour de Scientext*. Rennes : Presses universitaires de Rennes., 27-43.

Tyng, C.M., Amin, H.U., Saad, M.N.M. & Malik, A.S. (2017). The influences of emotion on learning and memory. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 1454. DOI : 10.3389/fpsyg.2017.01454

V

Valenzuela, O. (2010). La didactique des langues étrangères et les processus d'enseignement/apprentissage. *Synergies Chili*, 6, 71-86. <https://gerflint.fr/Base/Chili6/oscar_valenzuela.pdf>

Van den Branden, K. (2016). The role of teachers in task-based language education. *Annual Review of Applied Linguistics*, 36, 164–181. <https://doi.org/10.1017/S0267190515000070>

Van der Yeught, M. (2014). Développer les langues de spécialité dans le secteur LANSAD – scénarios possibles et parcours recommandé pour contribuer à la professionnalisation des formations. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité*, XXXIII, 1, 12-32. DOI :

10.4000/apliut.4153

Van der Yeught, M. (2016). Protocole de description des langues de spécialité. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité*, 35, spécial 1. DOI : 10.4000/apliut.5549

Vanderplank, R. (2016). "Effects of" and "effects with" captions: how exactly does watching a TV programme with same-language subtitles make a difference to language learners? *Language Teaching*, 49, 2, 235-250. DOI : 10.1017/S0261444813000207

Van Merriënboer, J. J. & Sweller, J. (2005). Cognitive load theory and complex learning: recent developments and future directions. *Educational Psychology Review*, 17, 147-177. DOI : 10.1007/s10648-005-3951-0

Van Zeeland, H. & Schmitt, N. (2013). Incidental vocabulary acquisition through L2 listening : a dimensions approach. *System*, 41, 3, 609-624. DOI : 10.1016/j.system.2013.07.012

Vassy, C. & Keller, R. (2008). Faut-il contrôler les aspects éthiques de la recherche en sciences sociales, et comment ? *Mouvements*, 55-56, 3, 128-141. DOI : 10.3917/mouv.055.0128

Vergely, P., Condamines, A., Fabre, C., Josselin-Leray, A., Rebeyrolle, J. & Tanguy, L. (2009). Analyse linguistique des interactions patient/médecin. *Actes éducatifs et de soins*. Nice. <halshs-00532967>

Vidal, K. (2011). A Comparison of the effects of reading and listening on incidental vocabulary acquisition. *Language Learning*, 61, 1, 219-258. DOI : 10.1111/j.1467-9922.2010.00593.x

Villez, B. (2004). Vers une didactique télévisuelle : Ally McBeal, la TASP et l'anglais de spécialité. Petit, M. (Dir.), *Aspects de la fiction à substrat professionnel. Collection travaux EA 2025.* Université Bordeaux 2, 103-111.

Vincent, D. (2001). Les enjeux de l'analyse conversationnelle ou les enjeux de la conversation. *Revue québécoise de linguistique*, 30, 1, 177-198. <https://doi.org/10.7202/000517ar>

Vinther, S. & Rosenberg, J. (2012). Impact factor trends for general medical journals: non-English-language journals are lacking behind. *Swiss Medical Weekly*, 142. <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13572>

W

Walsh, S. (2010). What features of spoken and written corpora can be exploited in creating language teaching materials and syllabuses? O'Keeffe, A. & McCarthy, M. (Dir.), *The routledge handbook of corpus linguistics*. New York, NY : Routledge Taylor & Francis Group. 333-344.

Weaver, R., Salamonson, Y., Koch, J. & Jackson, D. (2013). Nursing on television: student perceptions of television's role in public image, recruitment and education. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 2635-2643. DOI : 10.1111/jan.12148

Webb, S. (2014). Extensive viewing: language learning through watching television. Nunan, D. & Richards, J.C. (Dir.), *Language learning beyond the classroom*. Londres : Routledge, 159-168. <https://doi.org/10.4324/9781315883472>

Webb, S. & Rodgers, M. P. H. (2009). Vocabulary demands of television programs. *Language Learning*, 59, 2, 335-366. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9922.2009.00509>

Whyte, S. (2013). Teaching ESP: a task-based framework for French graduate courses. *ASp*, 63, 5-30. <https://doi.org/10.4000/asp.3280>

Whyte, S. (2016). Who are the specialists? Teaching and learning specialised language in French educational contexts. *Recherche et pratiques pédagogiques en langues de spécialité*, 35, 1. DOI : https://doi.org/10.4000/apliut.5487

Whyte, S. (2019). Revisiting communicative competence in the teaching and assessment of language for specific purposes. *Language Education & Assessment*, 2, 1, 1-19. <https://doi.org/10.29140/lea.v2n1.33>

Why the NHS wants patients to poo, pee and be sick. (2019, 19 mars). The Guardian, <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/shortcuts/2019/mar/19/why-nhs-wants-patients-to-poo-pee-be-sick>

Wicclair, M. (2008). The pedagogical value of *House, M.D.* - can a fictional unethical physician be used to teach ethics? *The American Journal Of Bioethics*, 8, 12, 16-17. DOI : 10.1080/15265160802478503

Widdowson, H.G. (1991). Description et présentation pédagogiques des langues. Richterich, R. & Widdowson, H.G. (Dir.), *Description, présentation et*

enseignement des langues. Paris : Hatier/Didier, 9-18.

Williams, S., Weinman, J & Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice*, 15, 5, 480-492. DOI : 10.1093/fampra/15.5.480

Willis, J.W. (2007). *Foundations of qualitative research: interpretive and critical approaches*. Thousand Oaks, CA : Sage.

Winckler, M. (2002). *Les miroirs de la vie, histoire des séries américaines*. Paris : Le Passage.

Winn J.A. & Messenheimer-Young, T. (1995). Team teaching at the university level: what we have learned . *Teacher Education and Special Education*, 18, 4, 223–229. <https://doi.org/10.1177/088840649501800402>

Winnykamen, F. (1990). *Apprendre en imitant?* Paris : Presses Universitaires de France.

Wulff, H. R. (2004). The language of medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97, 4, 187–188. DOI : 10.1258/jrsm.97.4.187

Y

Yang, M., Badger, R. & Yu, Z. (2006). A comparative study of peer and teacher feedback in a Chinese EFL writing class. *Journal of Second Language Writing*, 15, 3, 179–200. DOI : 10.1016/j.jslw.2006.09.004

Yang, M.N. (2015). A nursing academic word list. *English for Specific Purposes*; 37, 27-38. DOI : 10.1016/j.esp.2014.05.003

Young, R.F. (2019). Interactional competence and L2 pragmatics. Taguchi, N. (Dir.), *The routledge handbook of second language acquisition and pragmatics*. Abingdon : Routledge Handbooks Online. DOI : 10.4324/9781351164085-7

Z

Zacharias, N. (2007). Teacher and student attitudes toward teacher feedback. *RELC Journal*, 38, 38-52. <https://doi.org/10.1177/0033688206076157>

Zaporozec, A. V. *et al.* (Dir.). (1982–84). Vygotsky: Sobranie socinenii [Œuvres

choisies], 1-6. Moscou : Pedagogika.

Zhang, P. & Graham, S. (2020). Learning vocabulary through listening: the role of vocabulary knowledge and listening proficiency. *Language Learning*. DOI :10.1111/lang.12411

Références audiovisuelles

2 Broke Girls. Michael Patrick King & Whitney Cummings. CBS. 2011-2017.

Brooklyn Nine-Nine. Dan Goor & Michael Schur. FOX. NBC. 2013-présent.

Cougar Town. Bill Lawrence & Kevin Biegel. ABC. TBS. 2009-2015.

Criminal Minds. Jeff David. CBS. 2005-présent.

Desperate Housewives. Marc Cherry. ABC. 2004-2012.

Dr Foster. Mike Barlett. BBC One. 2015-présent.

ER. Michael Crichton. NBC. 1994-2009.

Friends. Marta Kauffman & David Crane. NBC. 1994-2004.

Grey's Anatomy. Shonda Rhimes. ABC. 2005-présent.

House, M.D. David Shore. Fox. 2004-2012.

How I met your Mother. Carter Bays & Craig Thomas. CBS. 2005-2014.

Modern Family. Christopher Lloyd II & Steven Levitan. ABC. 2010-présent.

Monroe. Peter Bowker. ITV. 2011-2012.

New Girl. Elizabeth Meriwether. Fox. 2011-2018.

Nip/Tuck. Ryan Murphy. FX. 2003-2010.

Parks and Recreation. Greg Daniels & Michael Schur. NBC. 2009-2015.

Seinfeld. Larry David & Jerry Seinfeld. NBC. 1989-1998.

Speechless. Scott Silveri. ABC. 2016-2019.

The Big Bang Theory. Chuck Lorre & Bill Prady. CBS. 2007-2019.

The Fosters. Bradley Bredeweg & Peter Paige. ABC Family. 2013-2018.

The Good Wife. Robert King & Michelle King. CBS. 2009-2016.

The Ranch. Don Reo & Jim Patterson. Netflix. 2016-présent.

Two and a half Men. Chuck Lorre & Lee Aronsohn. CBS. 2003-2015.

Table des matières

Sommaire ..... *iii*
Résumé ..... *v*
Abstract ..... *vii*
Conventions ..... *ix*
Abréviations ..... *xi*

INTRODUCTION GÉNÉRALE 1
Fondements académiques de la thèse : analyse des besoins des étudiants de médecine 2
Pôle contexte : institution, environnement, enseignants 5
Pôle étudiants : origine sociologique, objectifs professionnels, compétences 6
Pôle objectifs : objectifs professionnels, objectifs langagiers 9
Bilan de l'analyse des besoins 12
Problématisation et création du projet de recherche-action 13
Structure de la thèse 16

PREMIÈRE PARTIE : CADRAGE THÉORIQUE 19
Introduction 21

CHAPITRE 1 23
L'ENSEIGNEMENT DE L'ANGLAIS DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE EN FRANCE
1.1. La langue de spécialité 24
1.2. L'anglais de spécialité 25
1.3. L'anglais médical 28
1.3.1. La culture médicale 30
1.3.2. Le discours médical 36
1.3.3. Le lexique médical 40
1.4. Visée académique v. visée professionnelle 41
1.4.1. L'anglais médical à visée académique 42
1.4.2. L'anglais médical à visée professionnelle 45
1.5. Tentative de définition des besoins des étudiants par le terrain 53
Synthèse 62

CHAPITRE 2 63
LA CONSULTATION MÉDICALE .....
2.1. Évolution de la consultation médicale 65
2.2. Déconstruction de la consultation selon les *Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides* 68
2.3. Code déontologique pour la pratique médicale 72
2.4. La communication dans la consultation 73
2.4.1. Le patient étranger 78
2.4.2. La communication interculturelle en contexte médical 79

2.4.3. Les caractéristiques linguistiques de la consultation 82
2.4.4. Le lexique de la consultation 86
Synthèse 90

CHAPITRE 3 91
L'ENSEIGNEMENT/APPRENTISSAGE DES SAVOIRS, SAVOIR-FAIRE ET SAVOIR-ÊTRE DE LA CONSULTATION
3.1. L'enseignement/apprentissage : définitions des concepts sous-jacents 92
3.1.1. L'enseignement/apprentissage : entre pédagogie et didactique 93
3.1.2. De la didactique générale à la didactique de l'anglais de spécialité 94
3.2. Vers un éclectisme didactique de l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale 99
3.2.1. L'apprenant : du constructivisme au socio-constructivisme 100
3.2.2. L'enseignement/apprentissage de la communication de la consultation médicale par la tâche 105
3.2.3. L'enseignement/apprentissage de la communication par l'approche communicative 110
3.2.4. La pragmatique au service de l'enseignement/apprentissage de la communication interculturelle 115
3.2.5. L'enseignement/apprentissage du lexique 117
3.2.6. Théorie de la charge cognitive 121
3.3. Évaluation de la compétence communicative 123
3.3.1. Apport des professionnels du terrain pour l'évaluation de compétence communicationnelle 123
3.3.2. Analyse conversationnelle et discursive 127
3.3.3. Évaluation sommative de la compétence communicationnelle 129
3.3.4. Évaluation formative : du travail en binôme au *peer feedback* 131
Synthèse 134

CHAPITRE 4 135
LES DOCUMENTS COMME VOIE D'ACCÈS AUX SAVOIRS, SAVOIR-FAIRE ET SAVOIR-ÊTRE
4.1. Du document authentique au document didactisé 136
4.2. Les séries télévisées pour l'enseignement des savoirs, savoir-faire et savoir-être de la consultation médicale 138
4.2.1. La réalité fictionnelle des séries télévisées 141
4.2.2. Les séries télévisées comme médiation 142
4.2.3. L'apprentissage informel par le biais des séries télévisées 144
4.2.4. L'apprentissage contextualisé du lexique 148
4.2.5. Les séries télévisées et la Fiction à Substrat Professionnel 149
4.3. Choix des séries télévisées 154
4.3.1. *House, M.D.* : approche contextualisée de la communication professionnelle 154
4.3.1.1. Intérêt des étudiants dijonnais pour *House, M.D.* 156
4.3.2. Approche hybride de la communication professionnelle par le panachage de séries télévisées 158
Synthèse 164
Conclusion 165

DEUXIÈME PARTIE : CADRAGE MÉTHODOLOGIQUE 167
Introduction 169

CHAPITRE 5 171
CONCEPTION DU PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT/APPRENTISSAGE
5.1. Fondements didactiques pour la conception du nouveau programme d'enseignement/apprentissage 172
5.1.1. Conception du nouveau programme à des fins scientifiques 173
5.1.2. La linguistique de corpus au service de la conception des supports pédagogiques communs aux trois programmes 174
5.1.3. Évaluation sommative : conception et modalités 179
5.1.3.1. Création des cas cliniques d'évaluation 181
5.2. Sélection des documents pour répondre aux questions de recherche 185
5.2.1. Programme traditionnel (P1) : choix des documents didactiques et didactisés 186
5.2.2. Programme 2 (P2) : approche contextualisée de la communication médicale avec *House, M.D.* 188
5.2.3. Programme 3 (P3) : approche hybride de la communication médicale 190
5.2.4. Législation sur l'utilisation d'œuvres audiovisuelles 192
5.3. Utilisation pédagogique des séries télévisées 193
5.3.1. Le travail sur le lexique 194
5.3.2. Le travail du questionnement 196
5.3.3. Le travail sur la communication 199
5.4. Vérification de la validité des documents pour répondre aux objectifs de l'étude 201
5.4.1. Évaluation des extraits de séries télévisées par le panel de professionnels 202
5.4.2. Vérification de la pertinence du contenu lexical des documents propres à chaque programme 204
5.4.2.1. *Wordlist* de référence 205
5.4.2.2. *Wordlists* des trois programmes d'enseignement 213
Synthèse 214

CHAPITRE 6 217
COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNÉES
6.1. Le questionnaire : conception et utilisation de l'outil 217
6.1.1. Protocoles d'élaboration des questions 220
6.2. Analyse quantitative des données 222
6.2.1. Analyses statistiques des données 223
6.3. Analyse qualitative des données 226
6.4. Méthode mixte d'analyses quantitatives et qualitatives : de la triangulation à la cristallisation des données 228
6.5. Biais prévisibles de l'étude 230
6.5.1. Biais en lien avec le chercheur 231
6.5.2. Biais en lien avec la population étudiée 232
6.5.3. Biais en lien avec la collecte et l'analyse des données 234
Synthèse 235

CHAPITRE 7 237
INSTRUMENTS DE L'EXPÉRIMENTATION
7.1. Pré- et post-test : évaluation de l'état des connaissances linguistiques en anglais médical 238
7.1.1. Pertinence lexicale du pré-/post-test 239
7.2. Données de l'évaluation finale 240
7.2.1. Analyse des données portant sur le lexique dans les transcriptions des productions orales 243
7.2.2. Évaluation de la compétence communicationnelle : conception de la grille d'évaluation 248
7.2.3. Utilisation de la grille d'évaluation 252
7.2.4. Analyse des marqueurs communicatifs de la consultation médicale 253
7.3. Analyse du ressenti des participants à l'issue de la période d'étude 258
7.3.1. Questionnaire de satisfaction de fin de semestre 258
7.3.2. Bilan libre 261
Synthèse 261

CHAPITRE 8 263
MÉTHODE DE L'ÉTUDE
8.1. Protocole autour des participants : recrutement, randomisation et consentement 263
8.1.1. Choix et motivation des étudiants 266
8.2. Protocole d'expérimentation et déroulement de l'étude 270
8.3. Organisation des TD pour pallier certaines variables 270
Conclusion 275

TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS ET DISCUSSION DE L'EXPÉRIMENTATION 277
Introduction 279

CHAPITRE 9 283
IMPACTS SUR L'UTILISATION ET LA MÉMORISATION DU LEXIQUE MÉDICAL
9.1. Analyse des résultats des pré- et post-tests 284
9.1.1. Hypothèse 1 : niveau des étudiants à l'entrée dans l'étude 284
9.1.2. Hypothèse 2 : différence entre les résultats pré- et post-tests 287
9.1.3. Hypothèse 3 : impact des documents sur l'acquisition du lexique 294
9.1.4. Analyse individuelle des résultats au pré- / post-test 297
9.2. Analyse des transcriptions des évaluations finales 298
9.2.1. Description des données obtenues dans les *Wordlists* 299
9.2.2. Analyses statistiques des cooccurrences entre les productions orales et les documents 301
9.2.3. Description des données obtenues dans les productions orales triées par cas clinique 303
9.2.4. Analyses statistiques des cooccurrences entre les productions orales triées par cas clinique et les documents des programmes 304
9.3. Pérennisation des savoirs lexicaux au travers d'une étude exploratoire 307

9.3.1. Hypothèse 1 : résultats du comparatif entre les productions orales des premiers et deuxièmes passages 310
9.3.2. Hypothèse 2 : résultats du comparatif entre les productions orales des deux passages et le lexique contenu dans les documents 312
9.3.3. Hypothèse 3 : résultats du comparatif des cooccurrences entre les productions orales des deux passages 314
Synthèse 315

CHAPITRE 10 317
IMPACTS SUR LA CAPACITÉ À COMMUNIQUER
10.1. Analyse des grilles d'évaluations finales 317
10.1.1. Comparaison des résultats des trois groupes 320
10.1.2. Résultats intra-groupes 321
10.1.3. Résultats inter-groupes 322
10.2. Analyse discursive et conversationnelle des productions orales 323
10.2.1. Analyse des routines de la consultation médicale : fréquence d'exposition et d'utilisation 324
10.2.1.1. Interrogatoire du patient 324
10.2.1.2. Examen physique 328
10.2.1.3. Annonce du diagnostic 332
10.2.2. Analyse discursive des routines de la consultation médicale 336
10.2.2.1. Annonce du diagnostic 336
10.2.2.2. Prévention des facteurs de risque : le cas du tabagisme 342
10.2.3. Analyse conversationnelle 344
10.2.3.1. Marqueurs discursifs 344
10.2.3.2. Reformulation 350
10.2.3.3. Analyse des tours de parole 351
Synthèse 358

CHAPITRE 11 359
IMPACTS SUR LE RESSENTI DES PARTICIPANTS
11.1. Questionnaire de fin de semestre 359
11.1.1. Satisfaction quant au contenu du module 360
11.1.2. Bilan des apprentissages 370
11.1.2.1. Apprentissage de la communication 372
11.1.2.2. Apprentissage du lexique de la consultation 377
11.1.2.3. Apprentissages en lien avec la médecine 382
11.2. Bilan personnel des étudiants 384
11.2.1. Le module consultation 387
11.2.2. Apprentissage de la consultation 389
11.2.3. Apprentissage de la communication pour la consultation 390
11.2.4. Utilisation des supports pédagogiques 393
Synthèse 395

CHAPITRE 12 397
DISCUSSION
12.1. Rappel des questions de recherche 397
12.2. Discussion autour des critères de jugement secondaires 399
12.2.1. L'enseignement/apprentissage du lexique 400
12.2.2. L'enseignement/apprentissage de la communication 405
12.2.3. Ressenti des étudiants/participants 409
12.2.4. Bilan de la discussion 411
12.3. Implications didactiques de la recherche 412
12.3.1. De la didactique générale à la didactique de l'anglais de spécialité 412
12.3.2. De la didactique de l'anglais de spécialité à la didactique professionnelle 414
Synthèse 416

CONCLUSION GÉNÉRALE 419
Réponses aux questions de recherche 421
Nouveau cycle de la recherche-action 423
Perspectives de la recherche 424

Références bibliographiques 427
Références audiovisuelles 471
Table des matières 473
Liste des tableaux 479
Liste des figures 485
Liste des illustrations 491
Index rerum 493

Liste des tableaux

Tableau 1 : Moyennes générales hautes et basses des étudiants admis au concours PACES (spécialité médecine) à l'UFR Sciences de Santé à Dijon 9
Tableau 2 : Définitions de l'anglais de spécialité (adapté de Sarré & Whyte, 2016, p.8) . 27
Tableau 3 : Soins couverts par les systèmes de santé de France, du Royaume-Uni et des États-Unis 33
Tableau 4 : Exemples de caractéristiques de l'anglais médical tirés des deux articles de recherche utilisés en DFASM1 et DFASM2 à Dijon 38
Tableau 5 : Compléments de caractéristiques linguistiques de l'anglais médical issus des deux articles de recherche utilisés en DFASM1 et DFASM2 à Dijon 40
Tableau 6 : Rôle du médecin et du patient selon le modèle Pendleton..... 65
Tableau 7 : Exemples de caractéristiques linguistiques de la consultation relevées lors d'un cours d'ARC en novembre 2016 82
Tableau 8 : Liste des problèmes pouvant entraver la communication entre un médecin anglophone et un patient étranger (Frank, 2000, p.35)..... 89
Tableau 9 : Liste des marqueurs discursifs de la consultation médicale (Famy, 2017)... 129
Tableau 10 : Résultats des questionnaires soumis en 2014 et 2018 aux étudiants de médecine dijonnais concernant leur intérêt pour la série *House, M.D.* et son utilisation en cours d'anglais 157
Tableau 11 : Séquençage des cours d'anglais pour l'apprentissage de la communication de la consultation médicale 175
Tableau 12 : Pages Internet utilisées pour la création du *Booklet* (dernière consultation le 01/06/2019)..... 175
Tableau 13 : Nombre d'étudiants évalués sur chaque cas clinique au sein de chaque programme..... 184
Tableau 14 : Description du programme lexical et communicationnel pour chaque TD 185
Tableau 15 : Liste des documents et des sources utilisés pour le P1 188
Tableau 16 : Liste des épisodes de *House, M.D.* utilisés pour le P2..... 189
Tableau 17 : Liste des séries et épisodes utilisés pour le P3..... 191

Tableau 18 : Présentation de la répartition de chaque WL correspondant à chaque corpus 205
Tableau 19 : Revues médicales utilisées pour la création du corpus (données obtenues sur les sites des revues le 30 avril 2019) 208
Tableau 20 : Nombres d'articles utilisés pour la création de la WL référence 209
Tableau 21 : Nombre de mots présents dans les documents CDC et NHS 209
Tableau 22 : Exemples de termes médicaux explicités dans les documents CDC et NHS 209
Tableau 23 : Nombre de types de chaque WL créée 211
Tableau 24 : Nombre de types de la WL référence 211
Tableau 25 : Représentation des 40 types les plus fréquemment utilisés dans la WL référence 212
Tableau 26 : Nombre de cooccurrences entre la WL référence et les WL des trois programmes d'enseignement 214
Tableau 27 : Nombre de cooccurrences entre les WL des trois programmes 214
Tableau 28 : Référencement des questionnaires créés pour la recherche-action 203
Tableau 29 : Référencement des tests statistiques utilisés dans le cadre de la recherche-action pour l'analyse des résultats 225
Tableau 30 : Nombre de cooccurrences entre les WL des trois programmes et la WL PRE-/POST-TEST 239
Tableau 31 : Fréquence d'exposition aux types du pré- et post-test pour chaque programme d'enseignement 240
Tableau 32 : Nombre de types des WL Prod Orale par programme 244
Tableau 33 : Nombre de types des WL PROD ORALE CAS CLINIQ P1/P2/P3 246
Tableau 34 : Participants à l'étude réévalués après plusieurs semestres 248
Tableau 35 : Nombre de types dans les WL du PROD ORALE ÉVAL+ 248
Tableau 36 : Travail de croisement des données présentes dans les grilles d'évaluation de référence 251
Tableau 37 : Grille d'évaluation créée pour l'évaluation sommative 252
Tableau 38 : Évaluation des sous-compétences communicationnelles de la consultation médicale 253
Tableau 39 : Fréquence et nombre d'occurrences des marqueurs discursifs dans les scripts des trois programmes 254

Tableau 40 : Marqueurs discursifs exclus de l'analyse..... 255
Tableau 41 : Fréquence d'occurrences des marqueurs discursifs dans les scripts des trois programmes 256
Tableau 42 : Utilisation de *mean* pour la reformulation dans les scripts des trois programmes 257
Tableau 43 : Nombre de participants à l'étude 265
Tableau 44 : Descriptif du plan de cours commun à chaque TD et à chaque programme271
Tableau 45 : Nombre de réponses correctes des trois groupes (P1, P2, P3) aux pré- et post-tests 284
Tableau 46 : Vérification du respect de la loi normale selon le test de Shapiro Wilk 285
Tableau 47 : ANOVA de Fisher et de Levene sur les résultats du pré-test des trois groupes 286
Tableau 48 : Résultats du test de Tukey sur les résultats du pré-test des trois programmes 286
Tableau 49 : Moyenne des progressions entre les résultats des pré- et post-tests..... 292
Tableau 50 : Résultats du test de Student pour les pré- et post-tests du P1 292
Tableau 51 : Résultats du test de Student pour les pré- et post-tests du P2 293
Tableau 52 : Résultats du test de Wilcoxon pour les pré- et post-tests du P3..... 293
Tableau 53 : Différences de scores entre le pré- et le post-test des P1, P2, P3..... 294
Tableau 54 : Résultats du test de Friedman pour les pré- et post-tests des trois groupes 295
Tableau 55 : ANOVA de Welch sur les résultats du post-test des trois groupes..... 295
Tableau 56 : Résultats du test de Tukey sur les résultats du post-test des trois programmes 296
Tableau 57 : Système de codification des pré- et post-test 297
Tableau 58 : Moyenne codifiée des apprentissages pour chaque groupe 297
Tableau 59 : Nombre d'étudiants ayant appris plus de quatre types par programme 297
Tableau 60 : Test du Khi² sur les résultats par code d'acquisition des trois programmes 298
Tableau 61 : Nombre de cooccurrences entre les WL PROG et les WL Prod Orale de chaque étudiant 300
Tableau 62 : Vérification du respect de la loi normale selon le test de Shapiro Wilk 301
Tableau 63 : Moyenne et écart-type du nombre de types non issus des documents pour les trois programmes 302

Tableau 64 : Résultats du test de Student sur les différences de moyenne des trois programmes....302
Tableau 65 : Résultats du test de Student sur les différences de moyenne des trois programmes....303
Tableau 66 : Nombre de cooccurrences entre les WL PROG et les WL Prod Orale Cas Cliniq de chaque programme....304
Tableau 67 : Vérification du respect de la loi normale selon le test de Shapiro Wilk....305
Tableau 68 : Moyenne et écart-type du nombre de types non issus des documents pour les trois programmes....305
Tableau 69 : Résultats des tests de Student et de Wilcoxon sur les différences de moyenne des trois programmes....306
Tableau 70 : Résultats des tests de Student et de Wilcoxon sur les différences de moyenne des trois programmes....307
Tableau 71 : Nombre de types contenus dans les WL Prod Orale et WL prod Orale Éval+ 308
Tableau 72 : Cooccurrences entre les WL Prod Orale, WL PROG, WL Prod Orale Éval + ...309
Tableau 73 : Vérification du respect de la loi normale selon le test de Shapiro Wilk....310
Tableau 74 : ANOVA de Fisher sur les résultats des WL Prod Orale des P1 et P2....310
Tableau 75 : Résultats du test de Tukey sur les résultats comparatif des WL Prod Orale des P1 et P2....311
Tableau 76 : Comparatif des WL Prod Orale et WL Prod Orale Éval + des P1 et P2 (test de Student)....312
Tableau 77 : Comparatif des cooccurrences WL Prod Orale/WL PROG et WL Prod Orale Éval + /WL PROG des P1 et P2 (test de Student)....313
Tableau 78 : Cooccurrences entre les WL Prod Orale et WL Prod Orale Éval + des P1 et P2....314
Tableau 79 : Comparatif des cooccurrences WL Prod Orale et WL Prod Orale Éval + des P1 et P2 (test de Student)....315
Tableau 80 : Résultats des grilles d'évaluation de l'examen final pour chaque participant des trois programmes....319
Tableau 81 : Fréquence des critères d'acquisition des items pour chaque programme....320
Tableau 82 : Test exact de Fisher sur les résultats généraux de la grille d'évaluation....320

Tableau 83 : Test du Khi² sur les résultats par grade d'acquisition des trois programmes 321
Tableau 84 : Test exact de Fisher sur les résultats du P1 322
Tableau 85 : Test exact de Fisher sur les différences inter-groupes pour les trois grades 323
Tableau 86 : Comparatif du nombre de questions identiques présentes dans les documents et dans les productions orales 326
Tableau 87 : Comparatif du nombre de questions construites sur la même racine présentes dans les documents et dans les productions orales 327
Tableau 88 : Expressions en lien avec l'examen physique présentes dans les documents du TD5 du P1 et dans les productions orales des étudiants du P1 329
Tableau 89 : Expressions en lien avec l'examen physique présentes dans les documents du TD5 du P2 et du P3 et dans les productions orales des étudiants du P2 et du P3.. 330
Tableau 90 : Expressions en lien avec l'annonce du diagnostic présentes dans les documents des TD9 et 11 du P1 et dans les productions orales des étudiants du P1 333
Tableau 91 : Expressions en lien avec l'annonce du diagnostic présentes dans les documents des TD9 et 11 du P2 et dans les productions orales des étudiants du P2 334
Tableau 92 : Expressions en lien avec l'annonce du diagnostic présentes dans les documents des TD9 et 11 du P3 et dans les productions orales des étudiants du P3 334
Tableau 93 : Extraits de l'annonce du diagnostic dans les productions orales de deux cas cliniques 341
Tableau 94 : Occurrences des marqueurs discursifs dans les scripts des trois programmes et dans les productions orales des étudiants 345
Tableau 95 : Occurrences du marqueur *oh* dans les scripts des documents des trois programmes 347
Tableau 96 : Occurrences du marqueur *oh* dans les productions orales des trois groupes 347
Tableau 97 : Résultat du test de Student sur la satisfaction générale des participants..... 361
Tableau 98 : Résultats du test de Student sur la charge horaire 362
Tableau 99 : Résultats du test de Student sur le contenu des programmes 363
Tableau 100 : Résultats du test de Student sur la pédagogie de l'enseignant 363
Tableau 101 : Résultats du test de Student sur l'utilisation des documents 364
Tableau 102 : Évolution du nombre de participants qui suivent des séries télévisées en anglais 365

Tableau 103 : Résultats du test de Student sur l'examen final....366
Tableau 104 : Points positifs et négatifs relevés par les étudiants 368
Tableau 105 : Résultats du test de Student sur l'item « travailler / améliorer la compréhension orale » 373
Tableau 106 : Résultats du test de Student sur l'item « travailler / améliorer l'expression orale » 374
Tableau 107 : Résultats du test de Student sur l'item « travailler / améliorer l'accent » .375
Tableau 108 : Résultats du test de Student sur l'item « se sentir à l'aise à l'oral » 376
Tableau 109 : Résultats du test de Student sur l'item « savoir communiquer avec un patient étranger » 377
Tableau 110 : Résultats du test de Student sur l'item « apprendre du vocabulaire courant » 379
Tableau 111 : Résultats du test de Student sur l'item « apprendre des expressions courantes » 379
Tableau 112 : Résultats du test de Student sur l'item « apprendre du vocabulaire médical » 381
Tableau 113 : Résultats du test de Student sur l'item « apprendre des expressions médicales »....382
Tableau 114 : Résultats du test de Student sur l'item « approfondir les connaissances médicales »....383
Tableau 115 : Rang et nombre d'occurrences des 10 mots les plus fréquents dans les commentaires des étudiants des trois programmes 386
Tableau 116 : Nœuds créés à partir des commentaires des étudiants des trois groupes...387

Liste des figures

Figure 1 : Modèle pour l'analyse des besoins (Dudley-Evans et St John, 1998, p.125)..... 4
Figure 2 : Modèle modifié de l'analyse des besoins..... 4
Figure 3 : Évolution du nombre d'inscriptions en PACES depuis 2010 à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon..... 7
Figure 4 : Répartition hommes/femmes des inscrits en PACES à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon..... 7
Figure 5 : Spécialité des baccalauréats des inscrits en PACES à l'UFR Sciences de Santé de Dijon en 2018-19..... 8
Figure 6 : Mention au baccalauréat des étudiants reçus au concours PACES 2017-18 à l'UFR Sciences de Santé de Dijon..... 9
Figure 7 : Étapes du processus de recherche-action (adapté de Ferrance, 2000, p.9)..... 15
Figure 8 : Cycle de la recherche-action (Roy, Ph & Prévost, 2013, p.136)..... 16
Figure 9 : Représentation des cours d'anglais obligatoires par année dans les facultés de médecine recensées (exprimée en %)..... 42
Figure 10 : Nombre d'heures d'anglais obligatoires dispensées sur l'ensemble du cursus universitaire par faculté de médecine recensées..... 43
Figure 11 : Fréquence de confrontation avec l'anglais des professionnels de santé interrogés (réponses exprimées en %)..... 48
Figure 12 : Lecture en anglais des professionnels de santé interrogés (réponses exprimées en %)..... 49
Figure 13 : Confrontation auditive à l'anglais des professionnels de santé interrogés (réponses exprimées en %)..... 50
Figure 14 : Utilisation orale de l'anglais par les professionnels de santé interrogés (réponses exprimées en %)..... 51
Figure 15 : Confrontation avec des patients étrangers des professionnels de santé interrogés (réponses exprimées en %)..... 53
Figure 16 : Apprentissage de l'anglais dans le secondaire des étudiants de médecine sondés (résultats exprimés en %)..... 54

Figure 17 : Autoévaluation du niveau d'anglais par les étudiants de médecine sondés (résultats exprimés en %) 55
Figure 18 : Objectif professionnel des étudiants de médecine sondés (résultats exprimés en %) 55
Figure 19 : Opinion des étudiants de médecine sondés concernant le type d'anglais à enseigner (résultats exprimés en %) 56
Figure 20 : Opinion des enseignants concernant le type d'anglais à enseigner (résultats exprimés en %) 56
Figure 21 : Évaluation des besoins dans les cinq compétences langagières (point de vue étudiant - résultats exprimés en %) 57
Figure 22 : Évaluation des besoins dans les cinq compétences langagières (point de vue enseignant – résultats exprimés en %) 57
Figure 23 : Points essentiels à maîtriser (opinion des étudiants – résultats exprimés en %) 58
Figure 24 : Points essentiels à maîtriser (opinion des enseignants – résultats exprimés en %) 58
Figure 25 : Motivation des étudiants pour l'apprentissage de l'anglais (résultats exprimés en %) 59
Figure 26 : Suggestions des étudiants sondés pour accroître leur motivation (résultats exprimés en %) 60
Figure 27 : Supports pédagogiques utilisés par les enseignants d'anglais (résultats exprimés en %) 60
Figure 28 : Confrontation des étudiants sondés à des patients étrangers lors des stages à l'hôpital (résultats exprimés en %) 61
Figure 29 : Langue utilisée par les étudiants de médecine sondés pour communiquer avec les patients étrangers (résultats exprimés en %) 61
Figure 30 : Étapes de la consultation selon les *Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides.* (Kurtz, Silverman & Draper, 2010, p.48) 67
Figure 31 : Cadre de référence élargi des *Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides* (Kurtz *et al.*, 2010, p.50) 65
Figure 32 : Compréhension des locuteurs natifs de la question « *Do you take drugs* ? » (résultats exprimés en %) 84

Figure 33 : Compréhension des locuteurs natifs de la question « *How long do you smoke* ? » (résultats exprimés en %)..... 85
Figure 34 : Taux de locuteurs anglophones et non anglophones ayant répondu au questionnaire (résultats exprimés en %)..... 88
Figure 35 : Triangle didactique adapté de Chevallard (1985) 94
Figure 36 : Triangle de la didactique générale (Germain, 2010, p.25)..... 95
Figure 37 : Modélisation des interactions pour l'enseignement/apprentissage de l'anglais de spécialité (Sarré & Whyte, 2016, n.p.)..... 98
Figure 38 : Schématisation de la construction des savoirs selon Piaget..... 101
Figure 39 : Nouvelle représentation des interactions en cours d'anglais dans les facultés de médecine (adaptée du triangle didactique)..... 104
Figure 40 : Modélisation de l'apprentissage par la tâche (adaptée de Nunan, 2009) 108
Figure 41 : Adaptation de la modélisation de Nunan (2009) pour l'apprentissage de la communication pour la consultation..... 109
Figure 42 : Schéma modifié de la pyramide inversée de Savignon (1983) 113
Figure 43 : Schématisation du fonctionnement du processus de mémorisation 118
Figure 44 : Représentation des différents niveaux de stratégies d'acquisition du lexique (adapté de Schmitt, 2000)..... 119
Figure 45 : Modèle d'ergonomie didactique représentant les interactions entre les différents pôles d'un cours d'anglais (adapté de Bertin & Narcy-Combes, 2013) 143
Figure 46 : Type de confrontation des étudiants de médecine de Dijon à l'anglais en dehors des cours d'anglais..... 147
Figure 47 : Fréquence de confrontation des étudiants de médecine de Dijon à l'anglais en dehors des cours d'anglais..... 147
Figure 48 : Arborescence du nouveau programme d'enseignement..... 174
Figure 49 : Arborescence des WL du corpus Prod Orale 244
Figure 50 : Arborescence des WL Prod Orale Cas Cliniq par programme..... 245
Figure 51 : Choix principaux des étudiants pour suivre le module consultation..... 267
Figure 52 : Objectifs principaux des étudiants pour suivre le module consultation 268
Figure 53 : Motivations principales des étudiants pour suivre le module consultation ... 269
Figure 54 : Chronologie du déroulement des cours de la recherche-action..... 270
Figure 55 : Représentation des différentes hypothèses émises en amont de la recherche-action 281

Figure 56 : Moyenne de réponses correctes des trois groupes (P1, P2, P3) pour le pré- et le post-test 285
Figure 57 : Réponses correctes obtenues à l'exercice 1 des pré- et post-tests 287
Figure 58 : Réponses correctes obtenues à l'exercice 2 des pré- et post-tests 288
Figure 59 : Réponses correctes obtenues à l'exercice 3 des pré- et post-tests 289
Figure 60 : Réponses correctes obtenues à l'exercice 4 des pré- et post-tests 289
Figure 61 : Réponses correctes obtenues à l'exercice 5 des pré- et post-tests 290
Figure 62 : Réponses correctes obtenues à l'exercice 6 des pré- et post-tests 291
Figure 63 : Réponses correctes obtenues à l'exercice 7 des pré- et post-tests 291
Figure 64 : Évolution de la moyenne des étudiants du P1 (boxplot) 292
Figure 65 : Évolution de la moyenne des étudiants du P2 (boxplot) 293
Figure 66 : Évolution de la moyenne des étudiants du P3 (boxplot) 294
Figure 67 : Nombre de types dans les WL Prod Orale et WL Prod Orale Éval+ des P1 et P2 311
Figure 68 : Nombre de cooccurrences entre les WL Prod Orale, WL Prod Orale Éval + et WL PROG des P1 et P2 313
Figure 69 : Comparatif du nombre de questions présentes dans les documents et dans les productions orales 325
Figure 70 : Nombre d'expressions en lien avec l'examen physique utilisées par les étudiants des trois programmes dans leurs productions orales 330
Figure 71 : Utilisation de quatre expressions dans les productions orales des étudiants des trois programmes 332
Figure 72 : Nombre d'expressions en lien avec l'annonce du diagnostic utilisées par les étudiants des trois programmes dans leurs productions orales 335
Figure 73 : Quantité et qualité de l'utilisation d'expressions en lien avec l'annonce du diagnostic lors de l'évaluation finale 336
Figure 74 : Satisfaction globale des étudiants 361
Figure 75 : Satisfaction des étudiants : charge horaire 361
Figure 76 : Satisfaction des étudiants : contenu des programmes 362
Figure 77 : Satisfaction des étudiants : pédagogie 363
Figure 78 : Satisfaction des étudiants : utilisation des documents 364
Figure 79 : Satisfaction des étudiants : examen final 366

Figure 80 : Éléments positifs de l'enseignement selon les étudiants des trois programmes 370
Figure 81 : Éléments négatifs de l'enseignement selon les étudiants des trois programmes 370
Figure 82 : Auto-évaluation du niveau d'anglais des étudiants avant et après le module consultation..... 371
Figure 83 : Progression du niveau d'anglais selon les étudiants..... 372
Figure 84 : Satisfaction des étudiants : travailler / améliorer la compréhension orale 373
Figure 85 : Satisfaction des étudiants : travailler / améliorer l'expression orale 374
Figure 86 : Satisfaction des étudiants : travailler / améliorer votre accent 375
Figure 87 : Satisfaction des étudiants : se sentir plus à l'aise à l'oral..... 376
Figure 88 : Satisfaction des étudiants : savoir communiquer avec des patients étrangers377
Figure 89 : Satisfaction des étudiants : apprendre du vocabulaire courant..... 378
Figure 90 : Satisfaction des étudiants : apprendre des expressions courantes 379
Figure 91 : Satisfaction des étudiants : apprendre du vocabulaire médical 380
Figure 92 : Satisfaction des étudiants : apprendre des expressions médicales 382
Figure 93 : Satisfaction des étudiants : approfondir vos connaissances médicales 383
Figure 94 : Réinvestissement potentiels des apprentissages selon les étudiants des trois programmes 384
Figure 96 : Modélisation des interactions de la didactique professionnelle de l'anglais de spécialité 416

Liste des illustrations

Illustration 1 : Extrait du document C utilisé pour la conception de la fiche support du TD2 *Presenting Complaint* 178
Illustration 2 : Extrait du document D utilisé pour la conception de la fiche support du TD2 *Presenting Complaint* 178
Illustration 3 : Extrait de la fiche support du TD2 *Presenting Complaint* 179
Illustration 4 : Annonce publiée sur Facebook® pour le recrutement d'étudiants étrangers 180
Illustration 5 : Partie *history taking* du cas clinique *Maria Banks* – fiche étudiant 182
Illustration 6 : Partie *history taking* du cas clinique *Maria Banks* – fiche enseignant 182
Illustration 7 : Partie *presenting complaint* du cas clinique *Maria Banks* – fiche étudiant 183
Illustration 8 : Partie *presenting complaint* du cas clinique *Maria Banks* – fiche enseignant 183
Illustration 9 : Partie *clinical exam* du cas clinique *Maria Banks* – fiche étudiant/enseignant 183
Illustration 10 : Partie *diagnosis and treatment* du cas clinique *Maria Banks* – fiche étudiant/enseignant 184
Illustration 11 : Critères d'évaluation de la communication médecin-patient lors des OSCE (Grubb, Thomson & Cameron, 2016) 187
Illustration 12 : Copie d'écran du tableau blanc (*House, M.D.*, S1E03) 195
Illustration 13 : Repérage semi-automatisé du nombre de cooccurrences entre la WL référence et la WL PROG 1 213
Illustration 14 : Exemples de questions présentes dans le questionnaire 1 (Annexe 4) : fermée (à gauche), rédactionnelle (au centre), à choix multiple (à droite) 220
Illustration 15 : Exemple de questions courtes et grammaticalement simples présentes dans le questionnaire 5 (Annexe 9) 220
Illustration 16 : Exemples de questions sur la fréquence présentes dans le questionnaire 1 (Annexe 4, en haut) et questionnaire 5 (Annexe 5, en bas) 221

Illustration 17 : Exemples de questions utilisant les échelles graduées de type Likert présentes dans le questionnaire 5 (Annexe 9) 222
Illustration 18 : Exercices focalisés sur le lexique médical spécialisé et courant issus du questionnaire 6 (Annexe 8) 238
Illustration 19 : Exercice centré sur le questionnement issu du questionnaire 6 (Annexe 8) 239
Illustration 20 : Exercice sur les connaissances de l'examen physique issu du questionnaire 6 (Annexe 8) 239
Illustration 21 : Capture d'écran *AntConc* présentant un exemple de liste de fréquence des mots employés par un étudiant lors de l'évaluation finale 244
Illustration 22 : Première partie du questionnaire 5 (Annexe 9) ciblant les motivations d'inscription des participants au module Consultation 259
Illustration 23 : Deuxième partie du questionnaire 5 (Annexe 9) ciblant le ressenti des participants par rapport au contenu du programme 260
Illustration 24 : Troisième partie du questionnaire 5 (Annexe 9) ciblant le bilan des apprentissages des participants au module Consultation 260
Illustration 25 : Capture d'écran de la question *Are you a smoker?* posée par les étudiants du P1 (*AntConc*) 326
Illustration 26 : Capture d'écran de la question *Do you have a fever?* posée par les étudiants du P3 (*AntConc*) 326
Illustration 27 : Exemples de questions d'étudiants formées sur le modèle de celles présentes dans les documents 328
Illustration 28 : Nuage de mots créés à partir des commentaires des étudiants du P1 (haut), P2 (milieu), P3 (bas) 385
Illustration 29 : Utilisation du terme spécialisé *dyspnea* dans les productions orales des étudiants 402
Illustration 30 : Utilisation du terme spécialisé *myalgia* dans les productions orales des étudiants 403

Index *rerum*

Anglais de spécialité, v, vi, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 37, 42, 64, 95, 99, 100, 101, 126, 154, 158, 392, 413, 414, 416, 417, 418, 434, 439, 456, 461, 468, 470, 476, 477, 481, 479, 487, 490

Anglais médical, v, 23, 24, 26, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 50, 53, 54, 59, 64, 82, 83, 84, 90, 101, 170, 213, 214, 398, 414, 434, 435, 479

Apprentissage, v, 3, 26, 93, 94, 98, 103, 105, 109, 114, 115, 117, 120, 123, 134, 136, 137, 148, 149, 168, 178, 181, 193, 271, 286, 295, 297, 313, 322, 323, 405, 407, 433, 450

Communication, v, vi, vii, xiii, 1, 2, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 22, 24, 34, 37, 46, 48, 53, 59, 60, 61, 65, 66, 70, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 89, 90, 99, 101, 106, 107, 108, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 121, 126, 127, 128, 129, 132, 135, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 147, 152, 157, 159, 160, 162, 168, 170, 171, 175, 177, 178, 180, 181, 188, 193, 194, 195, 196, 197, 200, 203, 206, 208, 211, 212, 222, 233, 248, 249, 250, 252, 261, 271, 276, 280, 281, 315, 318, 324, 345, 354, 358, 359, 365, 370, 374, 379, 382, 384, 388, 392, 398, 399, 401, 405, 406, 409, 411, 416, 420, 421, 422, 424, 425, 430, 431, 433, 434, 437, 441, 442, 443, 444, 448, 449, 450, 454, 455, 456, 457, 458, 460, 462, 463, 471, 476, 477, 478, 479, 481, 479, 487, 492

Compétence, 32, 36, 52, 73, 74, 79, 80, 90, 93, 94, 111, 113, 115, 125, 126, 128, 130, 132, 137, 138, 153, 154, 158, 171, 186, 194, 225, 237, 242, 248, 249, 252, 253, 254, 258, 261, 262, 277, 281, 319, 324, 359, 375, 404, 407, 409, 411, 412, 416, 418, 420, 421, 422, 425, 447, 477, 479

Consultation, iii, v, vi, vii, xiii, 1, 2, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 43, 45, 46, 53, 59, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 82, 83, 86, 90, 98, 99, 101, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 112, 121, 125, 127, 131, 132, 134, 138, 141, 146, 147, 157, 159, 160, 168, 170, 171, 175, 177, 178, 180, 181, 182, 183, 184, 186, 187, 190, 191, 193, 197, 203, 205, 208, 211, 212, 213, 214, 218, 220, 221, 222, 223, 233, 240, 243, 247, 248, 250, 252, 253, 258, 261, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 274, 276, 277, 280, 281, 283, 284, 294, 296, 303, 307, 309, 313, 315, 316, 318, 319, 324, 325, 328, 332, 337, 340, 344, 352, 353, 359, 365, 368, 370, 373, 378, 379, 383, 384, 385, 386, 388, 389, 391, 392, 395, 396, 397, 399, 402, 403, 405, 407, 409, 411, 412, 416, 417, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 439, 448, 458, 460, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 479, 481, 486, 487, 488, 489

Didactique, v, vi, 2, 15, 16, 17, 22, 28, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 105, 106, 137, 138, 141, 146, 147, 158, 168, 178, 179, 195, 412, 413, 414, 416, 417, 418, 419, 422, 430, 433, 436, 438, 439, 443, 445, 447, 452, 454, 455, 459, 462, 463, 467, 468, 469, 470, 477, 481, 487, 489, 490

Didactique de l'anglais de spécialité, v, 28, 94, 97, 98, 99, 412, 414, 415, 416, 418, 474, 478

Didactique des langues-cultures, 97, 412, 417, 419, 439

Enseignement, iii, v, vi, xi, 1, 2, 6, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 35, 36, 41, 43, 45, 63, 64, 65, 66, 78, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 106, 107, 109, 112, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 128, 132, 133, 136, 137, 139, 140, 141, 146, 150, 156, 157, 158, 160, 168, 170, 171, 175, 178, 179, 180, 183, 186, 191, 192, 193, 198, 199, 200, 201, 208, 212, 213, 220, 221, 222, 227, 233, 239, 240, 248, 258, 261, 263, 271, 276, 277, 280, 281, 294, 308, 350, 360, 361, 368, 370, 371, 372, 390, 392, 397, 399, 400, 405, 409, 410, 412, 413, 414, 415, 417, 419, 420, 421, 423, 425, 431, 434, 435, 436, 443, 446, 456, 467, 469, 471, 477, 478, 479, 481, 480, 487, 489

FASP, vi, vii, xii, 18, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 168, 171, 398, 399, 400, 436, 443, 447

Langue de spécialité, 15, 18, 23, 24, 25, 29, 30, 157, 413, 476

Pédagogie, v, vi, 22, 92, 94, 95, 141, 153, 364, 365, 370, 390, 411, 414, 418, 423, 438, 446, 466, 477, 484, 489

Savoir-être, iii, 18, 19, 74, 91, 92, 98, 101, 106, 111, 131, 133, 138, 141, 142, 149, 158, 168, 170, 171, 177, 178, 191, 196, 206, 208, 211, 222, 249, 281, 337, 345, 359, 412, 417, 419, 420, 478

Savoir-faire, iii, 18, 19, 29, 35, 59, 74, 91, 92, 94, 98, 101, 106, 111, 131, 132, 136, 138, 140, 141, 142, 149, 158, 168, 170, 171, 177, 178, 186, 191, 196, 206, 208, 211, 222, 281, 337, 345, 412, 417, 419, 420, 478

Savoirs, iii, v, 3, 10, 12, 13, 18, 19, 29, 35, 74, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 101, 102, 103, 104, 106, 111, 114, 115, 126, 132, 135, 136, 138, 140, 141, 142, 149, 152, 158, 168, 170, 171, 177, 178, 179, 186, 187, 191, 193, 196, 202, 206, 208, 209, 211, 222, 259, 281, 298, 308, 345, 352, 398, 410, 412, 413, 415, 416, 417, 419, 420, 441, 478, 480, 487

Séries télévisées, v, x, 1, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 22, 138, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 162, 168, 171, 175, 179, 180, 184, 199, 200, 201, 205, 208, 209, 211, 222, 233, 235, 248, 276, 280, 281, 284, 292, 294, 296, 303, 307, 317, 328, 345, 351, 359, 360, 365, 366, 367, 370, 371, 378, 382, 396, 397, 399, 400, 404, 408, 410, 411, 418, 421, 422, 423, 424, 426, 430, 464, 478, 479, 484

Université de Lorraine
École Doctorale Sociétés, Langages, Temps, Connaissances
Laboratoire d'Analyse et Traitement Informatique de la Langue Française (ATILF) - UMR 7118

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le 30 novembre 2020
pour l'obtention du titre de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Mention : Langues, Littératures et Civilisations

Anaïs Carnet

L'utilisation de séries télévisées pour l'enseignement/apprentissage de la communication pour la consultation médicale

Sous la direction de Monsieur Alex BOULTON
Professeur des Universités – Université de Lorraine

Membres du Jury :

M. Alex BOULTON	Professeur, Université de Lorraine	Directeur
Mme Pascaline FAURE	Maîtresse de conférences-HDR, Sorbonne Université	Rapporteure
M. Laurent GAUTIER	Professeur, Université de Bourgogne-Franche Comté	Examinateur
M. Pablo ORTEGA DEBALLON	Professeur, Praticien Hospitalier, CHU François Mitterrand	Examinateur
Mme Shona WHYTE	Professeure, Université Nice Sophia Antipolis	Rapporteure

Volume II
Annexes

Liste des annexes

Dans le but de faciliter leur lecture, les différentes annexes ont été regroupées en fonction de leurs apports à notre étude. Qautre catégories d'annexes figurent dans ce volume : les annexes en lien avec le nouveau programme sur lequel s'appuie l'expérimentation, celles présentant les instruments de l'étude, celles concernant l'évaluation finale et enfin, les *Wordlists* créées pour notre recherche.

Références aux annexes **7**

PROGRAMME D'EXPÉRIMENTATION **9**

ANNEXE 1 ..... **11**

BOOKLET : supports créés pour chaque TD du module à partir des ressources Internet 11

TD1 11

TD2 14

TD3 15

TD4 16

TD5 17

TD6 18

TD7 19

TD8 20

TD10 21

ANNEXE 2 ..... **23**

Liste des épisodes utilisés pour les P2 et P3 23

ANNEXE 3 ..... **25**

Script des documents utilisés pour les P1, P2 et P3 25

TD1 25

TD2 29
TD3 32
TD4 34
TD5 36
TD6 38
TD7 41
TD8 43
TD9 46
TD10 50
TD11 53

INSTRUMENTS DE L'EXPÉRIMENTATION 57

ANNEXE 4 59
Questionnaire sur les besoins en anglais des professionnels de santé 59

ANNEXE 5 63
Questionnaire sur les besoins en anglais (point de vue étudiants) 63

ANNEXE 6 65
Questionnaire sur les besoins en anglais (point de vue enseignants) 65

ANNEXE 7 69
Questionnaire sur l'intérêt des étudiants de médecine de Dijon sur la série *House, M.D.* 69

ANNEXE 8 71
Pré- et post-test 71

ANNEXE 9 73
Questionnaire de satisfaction de fin de semestre 73

ANNEXE 10 81
Bilan personnel de fin de semestre 81
P1 81

P2 82
P3 83

ÉVALUATION FINALE 85

ANNEXE 11 87
Cas cliniques créés pour l'évaluation finale 87
1 : MARIA BANKS 87
2: CHRIS CROSS 88
3: JESSICA TAUB 89
4: JIMMY KEEN 90
5: MARK THOMPSON 91
6: KAREN GREEN 92
7: GEORGE GROOSE 93
8: TOM BENTO 94
9: CAROLE SMITH 95
10 : CARL FRIEGGER 96
11 : JANE BLACKS 97
12 : KLAUS MARR 98
13 : CARLOS MANSION 99

ANNEXE 12 101
Grille utilisée pour l'examen et adaptée de grilles originales pour l'évaluation de la compétence communicationnelle 101
Grille d'évaluation 101
Brown Interview Checklist (BIC) 102
Calgary-Cambridge Observation Guide (CCOG) 104
The SEGUE Framework (SEGUE) 108
The Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (KEECC) 110

ANNEXE 13 113
Transcription des évaluations orales 113
CAS CLINIQUE 1 : MARIA BANKS 113
CAS CLINIQUE 2 : CHRIS CROSS 129
CAS CLINIQUE 3 : JESSICA TAUB 144

CAS CLINIQUE 4 : JIMMY KEEN 159
CAS CLINIQUE 5 : MARK THOMPSON 170
CAS CLINIQUE 6 : KAREN GREEN 182
CAS CLINIQUE 7 : GEORGE GROOSE 194
CAS CLINIQUE 8 : TOM BENTO 208
CAS CLINIQUE 9 : CAROLE SMITH 222
CAS CLINIQUE 10 : CARL FRIEGGER 237
CAS CLINIQUE 11 : JANE BLACKS 245
CAS CLINIQUE 12 : KLAUS MAHR 253
CAS CLINIQUE 13 : CARLOS MANSION 266

***WORDLISTS* 279**

ANNEXE 14 281
Wordlist : symptômes en anglais listés par les étudiants étrangers 281

ANNEXE 15 283
Rapports de cas clinique 283
British Medical Journal – BMJ 283
The Lancet 295
The New England Journal of Medicine – NEJM 308
Journal of the American Medical Association – JAMA 333

ANNEXE 16 345
Stoplist 345

ANNEXE 17 347
Wordlist de référence (WL référence) 347

ANNEXE 18 365
Wordlists des trois programmes (WL PROG) 365
WL PROG 1 365
WL PROG 2 370
WL PROG 3 375

ANNEXE 19 381
Wordlists des productions orales des trois programmes (WL Prod Orale)..... 381
WL Prod Orale P1..... 381
WL Prod Orale P2..... 386
WL Prod Orale P3..... 390

ANNEXE 20 395
Wordlists des productions orales triées par cas cliniques (WL Prod Orale Cas Cliniq) 395
Cas Clinique 1..... 395
Cas Clinique 2..... 398
Cas Clinique 3..... 400
Cas Clinique 4..... 402
Cas Clinique 5..... 404
Cas Clinique 6..... 406
Cas Clinique 7..... 408
Cas Clinique 8..... 410
Cas Clinique 9..... 412
Cas Clinique 10..... 414
Cas Clinique 11..... 416
Cas Clinique 12..... 418
Cas Clinique 13..... 420

ANNEXE 21 423
Wordlist de l'évaluation finale – 2ème passage (WL Prod Orale Éval +) 423

ANNEXE 22 425
Wordlist PRE/POST-TESTS 425

Références aux annexes

Annexe 1 : *5.1.2*

Annexe 2 : *5.2.4*

Annexe 3 : *5.4.2.2, 7.4.2, 8.3*

Annexe 4 : *1.4.2, 6.1.1*

Annexe 5 : *1.5, 4.2.3, 6.1.1*

Annexe 6 : *1.5*

Annexe 7 : *4.3.1.1*

Annexe 8 : *7.1, 9.1.1*

Annexe 9 : *6.1.1, 6.3, 7.3.1, 11.1*

Annexe 10 : *7.3.2, 11.2*

Annexe 11 : *5.1.3.1*

Annexe 12 : *7.2.2, 10.1*

Annexe 13 : *7.2, 9.2*

Annexe 14 : *2.4.4*

Annexe 15 : *5.4.2.1*

Annexe 16 : *5.4.2.1*

Annexe 17 : *5.4.2.1, 5.4.2.2*

Annexe 18 : *5.4.2.2*

Annexe 19 : *7.2.1*

Annexe 20 : *7.2.1*

Annexe 21 : *7.2.1*

PROGRAMME D'EXPÉRIMENTATION

ANNEXE 1

BOOKLET : supports créés pour chaque TD du module à partir des ressources Internet

TD1

IDENTITY

FIRST NAME : _____ LAST NAME: _____

GENDER : M F DOB : ____/____/____ AGE : _____

BIRTH PLACE : _____ NATIONALITY: _____

MARITAL STATUS: MAR. SING. DIV. SEP. WID.

HOME ADDRESS: _____

_____

EMPLOYMENT STATUS: UNEMP. FULL TIME PART TIME RETIRED

PROFESSIONAL ADDRESS: _____

_____

PHONE : _____

EMAIL: _____@_____

FAMILY DOC: _____

SOCIAL SEC.: _____

CONTACT PERSON: Mr Ms Mrs _____

NEXT OF KIN: Mr Ms Mrs _____

BLOOD GROUP: _____ Rh : _____

ORGAN DONOR : YES NO

PAST MEDICAL HISTORY

IMMUNIZATION HISTORY

Diphtheria/Pertussis/Tetanus (DTP)	_____/_____/_____
Polio	_____/_____/_____
BCG	_____/_____/_____
Haemophilus Influenza	_____/_____/_____
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	_____/_____/_____
Hepatitis B	_____/_____/_____
Varicella	_____/_____/_____
Typhoid fever	_____/_____/_____
Yellow Fever	_____/_____/_____
Rabies	_____/_____/_____

DIET

GLUTEN SALT SUGAR LACTOSE
VEGAN

ALLERGIES

Medication: Type: _____ Reaction: _____

Food: Type: _____ Reaction: _____

Others (pet fur…): Type: _____ Reaction: _____

SPECIFIC HEALTH PROBLEMS

SYSTEM	DURATION / TIME	TTT	POINTS OF INTEREST
CNS			
CVS			
RS			
GI / GU			

PREVIOUS HOSPITALIZATION

Date: _____/_____/_____ Reason: _____

Date: _____/_____/_____ Reason: _____

FAMILY HISTORY

FAMILY MEMBER	CANCER	CARDIO VASCULAR DISEASE	PULMONARY DISEASE	MENTAL ILLNESS	CVA	OTHERS	CAUSE OF DEATH	AGE OF DEATH
FATHER								
MOTHER								
SIBLINGS								
GRANDPARENTS								
CHILDREN								
SPOUSE								

OCCUPATIONAL HISTORY

DATE	EMPLOYER	POSITION SPECIFIC DUTIES	MAJOR EXPOSURE (dust, chemicals, noise, repetitive motion, stress, …)	PROTECTIVE EQUIPMENT (helmet, earplugs, gloves, …)

SOCIAL HISTORY

	FREQUENCY	AMOUNT	TYPE	SAFETY
TOBACCO				
ALCOHOL				
DRUGS				
SEXUAL INTERCOURSE			(vaginal, oral, anal)	(protection, contraception…)
PHYSICAL ACTIVITY				
TRAVEL				(food, water, vaccination…)

TD2

GENERAL SYMPTOMS

malaise	weakness	fatigue	drowsiness	insomnia
anorexia	nausea	vomiting	wt loss	heartburn
fever (continuous/cyclic, sudden/progressive onset…)			chills	sweat
numbness	tingling	swelling		
bleeding	rash	bruising		

ACHES & PAINS

head	abdomen	teeth	eyes	
chest	muscle	neck	loin	back

ENT

EARS	*ringing, buzzing, deafness…*
NOSE	*runny, dry…*
THROAT	*sore, hoarseness, aphonic…*

RS

- Cough: productive dry tickly
- Sputum: Y / N colour: _____ blood: _____
- Onset / Duration: _____ ttt: _____

	ONSET/DURATION	TREATMENT	TRIGGER
SOB			
…			

CVS

	ONSET/DURATION	TREATMENT	TRIGGER
Ht irregularity			
Tachy/bradycardia			
…			

GI

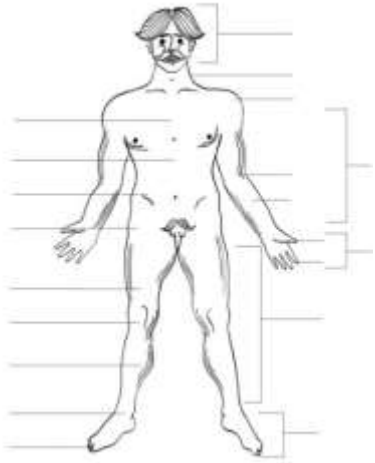
	DURATION	TREATMENT	FREQUENCY
Feces (melaena)			
Diarrhoea/Constip			
…			

GU
URINATION

- Colour/blood: _____
- Odour: _____
- Frequency: _____
- Urgency: _____
- Difficulty: _____

TD3

SITE / RADIATION / ASSOCIATIONS:



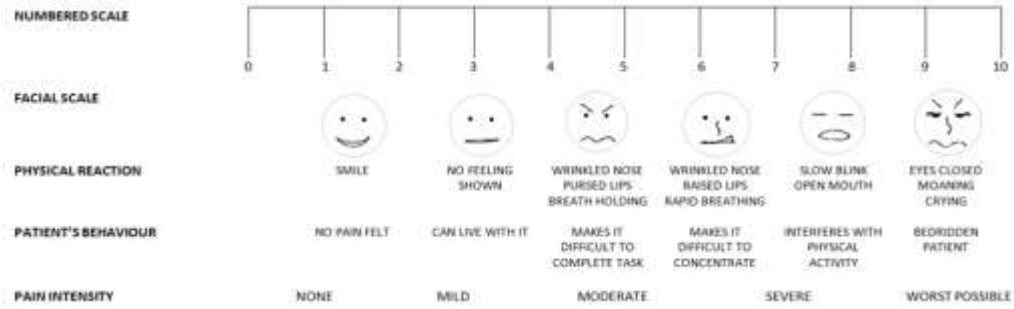
ONSET:
Cause:_____
Time:_____
Graduation:_____
Time course (am / pm):_____

CHARACTER:

Burning	Chronic	Constrictive	Crushing	Dull
Localised	Nagging	Radiating	Referred	Sharp
Shooting	Stabbing	Stinging	Throbbing	

EXACERBATING / RELIEVING FACTORS:
Position, ttt…
:_____

SEVERITY:



TD4

PATIENT NAME :

CHILDHOOD DISEASES
- Bronchiolitis
- Jaundice
- Roseola
- Measles
- Mumps
- Rubella
- Scarlet fever
- Whooping cough
- Chickenpox

CONSTITUTIONAL
- Weight loss / gain
- Loss of appetite
- Sense of ill feeling
- Fatigue

PSYCHIATRIC
- Depression
- Anxiety
- Anger
- Mood swings

VISION
- Vision loss
- Blurred vision
- Blind spots
- Photophobia

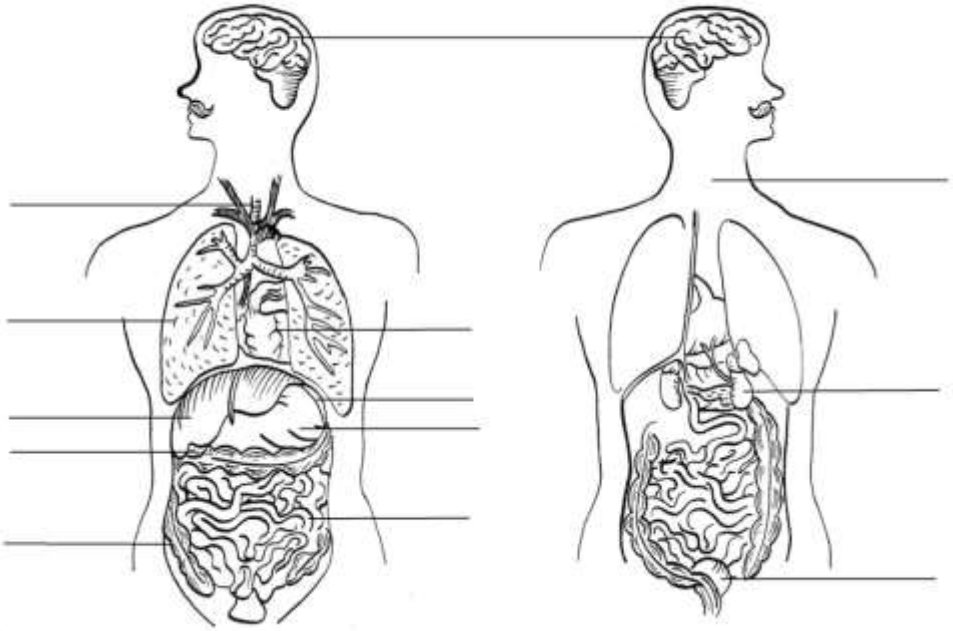
NEUROLOGIC
- Headache/migraine
- Numbness
- Tingling
- Stroke
- Dizziness

CARDIOVASCULAR
- Chest pain / tightness
- Abnormal beats / rhythm

GASTROINTESTINAL
- Abdominal pain
- Nausea
- Vomiting (blood)
- Black/tarry stools
- Constipation
- Diarrhea

GYN-OBS
- Menstruations (frequency / regularity / menopause)
- Breasts (masses / pain / nipple discharge)
- Parity
- Pregnancies
- Deliveries
- STD/STI (+ttt)

TD5



Bladder / Brain / Gallbladder / Heart / Kidneys / Large - small intestine / Liver / Lungs / Oesophagus / Spleen / Stomach / Trachea

VITAL SIGNS

TIME	2am	6am	10am	2pm	3pm
T					
P					
RR					
BP					

CLINICAL EXAM

	INSPECTION	*AUSCULTATION*	*PALPATION*	*PERCUSSION*
RS	*Dyspnoea* *Cough* *Cyanosis*	*Crackles* *Resonance* *Sounds*	*Lymph nodes*	*Resonance* *Dullness*
CVS		*Murmurs* *Bruits*		
GI	*Complexion* *Distension*	*Sounds*	*Masses* *Guarding* *Tenderness* *Organomegaly*	*Organomegaly*

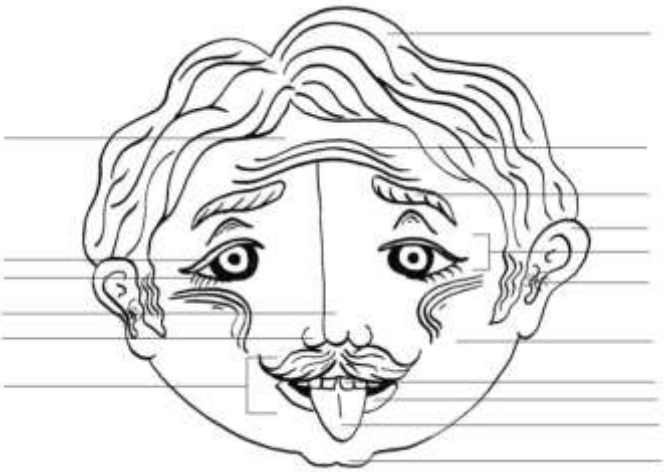
TD6

One point for each answer DATE :	
ORIENTATION Year Season Month Date Time Country Town District Hospital Department	/5 /5
REGISTRATION ✓ Name 3 objects (e.g. apple, table, pen) and ask patient to repeat (1 point for each correct. THEN the patient learns the 3 names)	/3
ATTENTION AND CALCULATION ✓ Subtract 7 from 100, then repeat from result. Continue five times: 100, 93, 86, 79, 72. (alternative: spell WORLD backwards: DLROW)	/5
RECALL ✓ Ask for the names of the 3 objects learned earlier.	/3
LANGUAGE ✓ Name 2 objects (e.g. pen, watch) ✓ Repeat "no ifs, ands or buts". ✓ Give a three-stage command. Score 1 for each stage (e.g. "place finger of right hand on your nose and then on your left ear"). ✓ Ask the patient to read and obey a written command on a piece of paper. The written instruction is: "close your eyes". ✓ Ask the patient to write a sentence. Score 1 if it is sensible and has a subject and a verb.	/2 /1 /3 /1 /1
COPYING ✓ Ask patient to copy a pair of intersecting pentagons	/1
TOTAL:	/30

MMSE scoring

24-30: no cognitive impairment
18-23: mild cognitive impairment
0-17: severe cognitive impairment

TD7



Tick normal, cross abnormal

Key considerations:

	headache		head trauma		vertigo		seizures
	weakness		incoordination		numbness/tingling		tremors
	difficulty speaking		significant past history		environmental hazards		difficulty swallowing

CRANIAL NERVES

Sense of smell (I)	
Eye movements (III, IV, VI)	
Facial expression muscles (VII)	
Shoulder shrug (XI)	
Tongue (XII)	

MOTOR FUNCTION

TONE			COORDINATION			GAIT	
Extension			Finger-to-nose			Heel-to-toe	
Flexion			Heel-shin slide			Tip-toe walking	
Abduction						Heel walking	
Adduction						Arms swinging	
						Romberg's test	

SENSORY

Light touch			
Pin-prick			
Vibration			
Hot & cold			

REFLEXES

Plantar reflex		
Ankle jerk		
Knee jerk		
Wrist jerk		

TD8

IMAGING

- CT scan
- DAT scan
- PET scan
- MRI (contrast)
- US scan
- X-ray

VITAL FUNCTION TESTS

- ECG
- EEG
- Stress test

BIOLOGY

FBC

- Leucocytes
- Erythrocytes
- Thrombocytes
- Haemoglobin
- Haematocrit
- MCV
- ESR

- Lipids: LDL HDL triglycerides
- Fasting glycaemia
- Electrolytes: K+ Na+ urea
- Serology

ORGAN EXAMS

Fibroscopy
Gastroscopy
Colonoscopy

BIOPSY

Organ:
LP:

TD10

Asthma Y/N (higher risk for a severe reaction)

TYPE	LIST	REACTION
FOOD		
MEDICATION		
STINGING INSECT		
POLLEN		
…		

FOR ANY OF THE FOLLOWING SYMPTOMS	
SEVERE SYMPTOMS: *EPINEPHRINE*	MILD SYMPTOMS: *ANTIHISTAMINES*

LUNG	dyspnea, wheezing, repetitive coughing
HEART	thready pulse, low BP, fainting, blueness, pallor
THROAT	swelling, difficulty swallowing or speaking, hoarseness
NOSE	stuffy, runny nose, sneezing
MOUTH	swelling of lips, tongue, mouth, itching, tingling
SKIN	swelling of face and extremities, hives, itchy rash, redness, welts
GUT	nausea, abdominal cramp, vomiting, diarrhea
BRAIN	dizziness, disorientation, loss of consciousness

SKIN RASH:

SKIN PRESENTATION:

LOCATION: upper limbs lower limbs torso back
neck face

ANNEXE 2

Liste des épisodes utilisés pour les P2 et P3

	P2		P3	
	House, M.D.	Durée	Série / Épisode	Durée
TD1	S1E01	1’58	*Friends* S9E02	1’44
	S2E14	0’27	*Parks and Recreation* S5E18	0’47
	S3E06	1’36	*Speechless* S1E11	0’45
TD2	S1E03	0’27	*The Big Bang Theory* S1E11	1’52
	S3E16	1’05	*Modern Family* S2E09	0’35
	S3E19	0’40	~~*The Fosters* S4E11~~	~~1’01~~
TD3	S1E14	0’33	*The Big Bang Theory* S4E02	1’52
	S1E21	0’53	*Friends* S6E15	0’29
	S2E01	0’19		
TD4	S2E10	0’24	*The Big Bang Theory* S3E08	1’33
	S3E16	1’20	*House, M.D.* S3E16	1’20
	S5E19	0’22		
TD5	S2E01	0’33	*House, M.D.* S2E01	0’33
	S2E03	0’49	*House, M.D.* S2E03	0’49
	S2E08	0’30	*House, M.D.* S2E08	0’30
	S5E11	0’16	*House, M.D.* S5E11	0’16
TD6	S2E10	0’41	*House, M.D.* S2E10	0’41
	S8E09	0’59	*Desperate Housewives* S3E04	1’50
TD7	S2E17	0’50	*House, M.D.* S2E17	0’50
	S3E15	0’40	*House, M.D.* S3E15	0’40
	S3E17	0’56	*House, M.D.* S3E17	0’56
	S5E09	0’21	*House, M.D.* S5E09	0’21
	S5E11	0’28	*House, M.D.* S5E11	0’28
TD8	S1E05	0’33	*House, M.D.* S1E05	0’33
	S5E09	0’36	*The Big Bang Theory* S2E10	1’04
	S5E11	0’21	*Desperate Housewives* S3E22	1’52
	S5E16	0’31		
	S5E19	0’19		
TD9	S1E21	0’21	*Brooklyn Nine-Nine* S3E12	1’21
	S3E06	0’47	*Cougar Town* S4E09	0’36
	S3E20	1’23	*Modern Family* S4E15	0’39
	S4E09	1’16		
TD10	S1E05	1’36	*House, M.D.* S1E05	1’20
	S1E05	1’20	*The Ranch* S1E03	1’06
	S5E11	0’35	*Two and a half men* S5E05	0’57
TD11	S3E10	1’31	*Criminal Minds* S5E01	1’04
	S5E16	0’47	*House, M.D.* S3E10	1’31
			House, M.D. S5E16	0’47
TOTAL		29’30		31’41

ANNEXE 3

Script des documents utilisés pour les P1, P2 et P3

Les scripts du P1 sont ceux des manuels. Les scripts des documents des P2 et P3 ont été trouvés sur TV Show Transcript <https://tvshowtranscripts.ourboard.org/index.php>.

TD1

P1

Mr HUDSON

D : Good morning Mr Hudson. I see from your card that you've just moved into the area and perhaps you could tell me a little about your previous health as I won't get your record for another month, month or two, and then we can deal with your present problem.
P: Well, I've actually, I've always been very fit up till now but…
D: Have you ever been in hospital?
P: Oh, only when I was a child. I had an appendicitis when I was eight.
D: And what about your job, what do you do?
P: Well, I'm a, I work for the post office, I'm a postmaster.
P: And I see that you're what…58, now and have you…?
P: Yes.
D: Have you always been with the post office?
P: Yes, well apart from my time in the army you know…
D: I see. And you're married. Any family?
P: Yes, two girls and a boy.
D: Fine.

Mrs CHAD

D: Right, let's get started. Would you mind if I checked out some details first?
P: No, not at all. What would you like to know?
D: I'd just like to check your name and date of birth and see if your identity bracelet is correct. Can you tell me your full name, please?
P: Yes, it's Doreen Mary Chad and my date of birth is the fifth of June nineteen twenty-three. Quite a while ago, isn't it?
D: Not so long ago. Time goes very fast when you're busy, doesn't it? Right, now, let's see. Doreen Mary Chad. C-H-A-D. That's correct, isn't it?
P: Yes, that's right. Chad with a D.
D: And your date of birth is the fifth of June nineteen twenty-three.
P: Yes.
D: All right. Can you tell me why you're here today?
P: Well, I've got high blood pressure, and I'm here for some tests. My doctor asked me to come here to see what's going on.
D: OK; now I'd like to ask you about your past medical history. Have you had any serious illnesses in the past?

P: Yes, I had a mild heart attack last year. It was quite frightening.
D: Yes, I'm sure it was. Now, what about past surgical history? Have you ever had any operations?
P: No, I'm very lucky, I never have.
D: That is lucky. Now, are you taking any medications at the moment?
P: Yes, my doctor put me on some blood pressure tablets after my heart attack.
D: Do you know what they are called?
P: I don't know, but I've got them here with me. I was told to bring them.
D: That's good. Do you think you can show them to me, please?
P: yes, I can. I've got them somewhere in my bag. Here they are. I take them in the morning with breakfast.
D: Right, that's fine. You're taking metaprolol to lower your blood pressure. I'll just write down the name of the medication on the admission form. Metaprolol. Do you have any allergies to any medications?
P: Not that I know of.
D: What about food allergies? Any food which doesn't agree with you?
P: No, no, nothing like that.
D: Good. Are you allergic to sticking plaster or iodine?
P: No, I've never had any problems before.
D: All right. Can you tell me the name of your next of kin?
P: It's my son, Jeremy. Jeremy Chad.
D: Thanks. That's all for me. I'll leave you here for a minute while I get the admitting doctor to come and see you. Are you comfortable?
P: Yes, thanks. I'm quite all right here.

P2
HOUSE, M.D.* - S1E11 - *DETOX
P: Drugs could cause this?
D: Cocaine and meth are very hard on the blood system. Has he had any erratic behavior?
P: No, but- She was in rehab in the ninth grade. She's supposedly clean now, but-
D: She obviously cares for him.
P: Yeah, what she cared about was the car. Anniversary present for my wife. We drove it up north to watch the leaves change. She was dead a year later. Cancer.
D: I'm sorry. Mr. Foster, we're gonna test Keith for drugs.
P: I don't do drugs.
D: It's not that we don't trust you, but…
D: His hair will tell us any drugs he's taken over the past 60 days. It's kind of like rings on a tree.
D: Negative.
D: Have you been sick?
P: No, nothing.
D: Have you been out of the country?
P: We went to China, but we got all our shots before we left.
D: It could be an infection. We're going to give him a gallium scan just to be safe. We inject a radioactive isotope into his bloodstream, and we check to see if there's inflammation anywhere in the body.
D: Has he ever complained of any joint pain? Sensitivity to light? Rashes?
P: No, no. Nothing.
D: Any relatives who've ever been diagnosed with lupus?
P: I don't even know what that is.
D: In simple terms, the body becomes allergic to itself. The immune system attacks healthy cells in the circulatory system and destroys them.

P: Would it be treatable?
D: It can be manageable. We can test for the antibodies. Ninety-five percent of patients with lupus have positive A.N.A.
D: Not cloudy. Negative.
D: What type of cancer did your wife have?
P: Pancreatic.

HOUSE, M.D.* –S2E14 – *SEX KILLS

D: You had what's called an absence seizure. Anything like that happened to you before?
P: No, nothing.
Daughter: He's been really healthy. He jogs, he eats right, he--
P: Well I did have a headache last Sunday, and for the past 2 years I've been getting acid reflux a lot and I thought that err... antacids were all I needed. Should I have come in sooner?
D: For acid reflux and a headache?

HOUSE, M.D.* -S3E06 – *QUE SERA SERA

D: Forty-six-year-old guy in a coma. Doesn't appear to be anything wrong with him except for the fact that he weighs over 600 pounds. What time does he usually get in?
D: Any time between 8 and 10. Did you say 600?
D: At least. Biggest scale we got only goes up to 350 but this guy's waistline is over seven feet.
D: Which means he's a diabetic with blood thicker than pancake batter. No mystery there, not much we can do.
D: Blood sugar's normal. Cholesterol's lower than mine, tox screen's clean, no sign of trauma.
D: Sure there wasn't a mix-up at the lab?
D: Three times?
D: Have you seen any changes in his personality? Any trouble with memory or balance?
W: No, but I really don't see him that often. He's not unfriendly or anything, I guess he just likes to keep to himself. I think he only gave me a spare set of keys because I gave him mine. What?
D: Nothing. Just reminds me of someone I know. Who is unfriendly. Does George have a job?
W: He has a headhunting business he runs from home. Occasionally he'll interview people here, but he does most of it over the phone.
D: Wow!
W: Yeah, he loves to cook. And eat, obviously. Four-course gourmet meals almost every night, sometimes for lunch, too.
D: Do you know if he ever uses any unpasteurized cheese or wild game?
W: I'm not sure. He gets all his groceries delivered from that market down on Alden. They'd probably know.
D: He has any friends?
W: No. I mean, sometimes women do come by. Young, attractive, never the same one twice, if you know what I mean.
D: I see.
W: There can't be many women who'd wanna be with a guy like him.

P3

FRIENDS* - S9E02 - *THE ONE WHERE EMMA CRIES

Joey: Hey, so how is it?
Ross: I broke my thumb.
Joey: Your thumb? That's weird. You sure you're punching right? Make a fist. Maybe later. Ross I feel terrible.
Ross: You know what, you can go, I just have to fill out some forms.

Joey: You, you want me to help you with that?
Ross: Why, does it look like I'm having trouble with my misshapen claw?
Joey: Name? I know Ross but what's it short for? You know like, like Rossel or Rosstepher.
Ross: Just Ross!
Joey: It's pretty, okay, date of birth?
Ross: You know my birthday.
Joey: Sure, May...tember.
Ross: October 18th.
Joey: Occupation? Dinosaurs.
Ross: Actually I'm a palian… Dinosaurs is fine… the drawing is not.
Joey: Alright, who do you want as your emergency contact?
Ross: Ah, Rachel I guess.
Joey: Okay, relationship, boy this could take a while.
Ross: Just ah… just put roommate.

PARKS & RECREATION* – S5E18 – *ANIMAL CONTROL
Ron: I'd like to object again to being brought here against my will.
Nurse: Okay, I'm just gonna double-check your form here. Ron! You redacted all the information.
Ron: I answered some of them.
Nurse: For "date of birth," you wrote "springtime."
Ron: Which is true.
Nurse: Everything you write down is confidential. We need you to give real answers.
Ron: Fine.
Nurse: How many drinks of alcohol do you consume a week?
Ron: One.
Nurse: That's it, one drink?
Ron: One shelf.
Nurse: Do you exercise?
Ron: Yes. Love making and wood working.
Nurse: Do you have any history of mental illness in your family?
Ron: I have an uncle who does yoga.
Nurse: Allergies?
Ron: Cowardice and weak-willed men. And hazelnuts.
Nurse: Sexual history.
Ron: Epic and private.
Nurse: Okay. I'm gonna go get your doctor. He's a rude, brash jerk. You'll love him.

SPEECHLESS* – S1E11 – *ROAD TRIP
Doctor: We'll run some tests, but I assure you, it's most likely gas.
Father: Yeah, lady, this is not our first emergency room. Now, we can do the whole "It's just gas" song and dance, but you're better off just trusting my wife.
Doctor: Now, which side is the discomfort on?
Mother: It's on the bloody appendix side. Go on, darling, do your little trick.
Boy: [Groans loudly]
Doctor: Okay. A few questions
Mother: No past surgeries, he's allergic to penicillin, blood type AB positive, and 115 pounds.
Boy: Thanks for the extra 5 pounds.
Mother: You're very welcome, my darling.
Doctor: We'll need to contact your pediatrician for…

Mother: I have his records.
Boy: You have my records?
Father: You're not the only Ray in this family, Ray.
Boy: It's color-coded? And the labels? And the white background, even?
Mother: Well, of course, 'cause if you use the clear ones, it's not legible on a dark surface.

TD2

P1

Mrs BROWN

D: no, Mrs Brown, can you tell me, have you any trouble with your stomach or bowels?
P: well, I sometimes get a bit of indigestion.
D: I see, and could you tell me more about that?
Patient: well, it only comes if I have a hot, something spicy, you know , like a curry.
D: I see, well that's quite normal really. And what's your appetite like?
P: not bad.
D: and any problems with your waterworks?
P: no, they're all right.
D: and are you still having your periods regularly?
P: no, they stopped, must have been five years ago.
D: any pain in the chest, any palpitations, swelling of the ankles?
P: not really, Doctor.
D: and what about coughs or wheezing or shortness of breath?
P: only when I've got a cold.
D: have you noticed any weakness or tingling in your limbs?
P: no, I can't say that I have, really.
D: what sort of mood have you been in recently?
P: I've been feeling a bit down. You know, I'm not sleeping well.

Mr JONES

D: Good morning!
P: Good morning!
D: Could you please state your name and your birth date?
P: Why are you asking me this?
D: Well, I just want to make sure you are who I think you are.
P: That's a good idea! Ron Jones, December 15th, 1955.
D: OK, and this is really just a safety check just to make sure I've got the correct patient, and I do. My name's Sue and I'm one of the nurses here.
P: Pleased to meet you
D: Thank you! Er… I'm gonna just be asking you a few questions, a bit of a history, and I may be taking notes, it's just about that. So what brings you to our clinic today?
P: I've got a cough, well I've had a cough for a while now, but this past week, it seems to be getting worse. And I'm coughing stuff up.
D: Some stuff, can you tell me about the stuff you're coughing up or the sputum you're bringing up?
P: It seems yellowish, but maybe sometimes greenish-looking.
D: And how are you feeling generally overall?
P: Well I feel a bit tired all the time
D: OK. Are you having any fever or chills?
P: No

D: No. Are you on any medications?
P: Yes I had been taking some antibiotics. They didn't seem to do much so I stopped taking them.
D: OK! Well I'm just gonna give you a little information: antibiotics work best when you take the whole dosage. If you start and stop them, the bacteria might not be killed and then it can come back and be a little bit stronger. It's one of the medications when you should take the whole dose. And it's usually only seven or ten days at a time but you should take all of it.
P: Oh I didn't know that. Thanks for the information.
D: Oh no problem! Back to your cough, are you a smoker?
P: Yes I've smoked for a long time.
D: Can you tell me how many years of smoking that is?
P: Er… two packs a day, just about.
D: And for how long?
P: Thirty-five years now.
D: Have you ever thought about quitting?
P: Yes but that's really hard now.
D: Yes I've heard that it is! I haven't experienced that but… I have some information on a smokers' helpline, would you like to see that?
P: Sure! What have I got to lose?
D: OK! Well I'll give that to you before you leave. I know you told me you don't have a fever, but I would like to take your blood pressure, pulse, your vital signs, just before the doctor comes to see you, so is that OK with you?
P: Sure!
D: And I'd like to listen to your chest as well. Ok? Well, I'll get that ready.

P2

HOUSE, M.D.* -S1E03 – *OCCAM'S RAZOR

P: I didn't sleep well last night, and I woke up with a scratchy throat. I just don't feel so good. Uh, cough. Yeah, um-um, I have a bit of an upset stomach too, and I think I'm running a fever. I'm just worried I might be contagious. Inventory. Tomorrow.

HOUSE, M.D.* -S3E19 – *ACT YOUR AGE

D: You been drinking more?
P: No, I haven't.
D: Guy's peeing all the time. Any other symptoms?
P: My stomach hurts. I have back pain and muscle aches, I feel dizzy and I have trouble concentrating sometimes in class.
D: Any fever?
P: No.
D: Anything in your pee other than pee?
P: No.
D: I'm going to need a urine sample.
P: No!
D: Yeah, that last one wasn't a question. You might have diabetes.
P: I can't pee in public.
D: We have bathrooms.
P: I can't pee in public bathrooms.
D: Where can you pee?
P: I only live a few miles from here.

HOUSE, M.D.* -S3E16 – *TOP SECRET

P: Well, it's usually the worst on my palms and the bottom of my feet. I get these black dots all over.
D: I don't see anything.
P: It comes and goes.
D: You're sure it's not just scrapes and bruises?
P: I know the difference between a rash and a bruise.
D: Sometimes it's harder than you realize to distinguish between the two. You obviously exercise.
P: My problems aren't caused by my workouts.
D: But you do work out. And by the look of you, pretty strenuously. That's not usually the case with patients whose principal complaint is chronic fatigue and joint pain.
P: I was in the Marines for 12 years. I'm used to doing PT every day. Just because I can push through the pain doesn't mean it's not there.
D: We're not saying we don't believe you.
P: The hell you aren't.
D: We just need to be specific about what exactly the problems are.
P: I sleep 10 hours a night but I feel tired all the time. I constantly get coughs, rashes, sore throats. My knees and hips feel like someone poured sand in my joints. Get these weird tingling sensations in my legs. Sometimes they're cold. Other times, feels like my blood is boiling. Specific enough?

P3

THE BIG BANG THEORY* – S1E11 – *THE PANCAKE BATTER ANOMALY

Sheldon: Oh, dear God. Leonard! Leonard, I'm sick! Leonard! Leonard I'm sick! Leonard! Leonard, my comforter fell down, and my sinuses hurt when I bend over. Leonard? Ow!
Leonard : Hey.
Sheldon: Leonard, where are you?
Leonard: I'm at work.
Sheldon: At six-thirty in the morning?
Leonard: Yes.
Sheldon: On Sunday?
Leonard: Yes.
Sheldon: Why?
Leonard: They asked me to come in.
Sheldon: Well, I didn't hear the phone ring.
Leonard: They texted me.
Sheldon: Well, as I predicted, I am sick. My fever has been tracking up exponentially since 2am, and I am producing sputum at an alarming rate.
Leonard: No kidding?
Sheldon: No. Not only that, it has shifted from clear to milky green.
Leonard: Alright, well, get some rest and drink plenty of fluids.

MODERN FAMILY* – S2E09 – *MOTHER TUCKER

Manny: Jay, what are your symptoms? Nausea? Bloating?
Gloria: What did I say about getting off that crazy doctor website?
Manny: I'm just worried about Jay. Stomach pains can mean a lot of things: intestinal blockage. Do you have a fever?
Gloria: Stop it! Manny, he's fine. Tell him you're fine.
Jay: I'm fine.
Gloria: Okay, good. Get in the car.

Jay: Uh, home fine, not mall fine.
Gloria: Jay, you know what happens when I shop angry.
Jay: I'll clear a space.
Manny: Mmm. I'm not loving your color.
Jay: Go play.
Manny: Don't be a hero.

TD3

P1

Mr GREEN

D: come in Mr Green. Come and sit down here. I've had a letter from your doctor and she tells me that you've been having pain, pain in your chest.
P: yes, and in my arm, and also tingling in my fingers and...
D: yes, and now when did you first notice this pain?
P: well, I suppose about six months ago.
D: can you remember when it first came on?
P: yes, well I remember, I got a bad pain in my chest when I was shopping. It was so bad I couldn't breathe and...
D: and where, in which part of your chest did you feel the pain?
P: well, right across my chest.
D: and how long did it last?
P: about 10 minutes.
D: and what did you do when it happened?
P: I just stop and wait for it to go away.
D: so, have you had this, the pain again since then?
P: yes, I often get it when I overdo things.

Mr HALL

D: good morning Mr Hall. What's brought you along today?
P: well, you see doctor, I've been having those headaches, you see...
D: and how long have they been bothering you?
P: well, they started about, well it must have been about three months ago.
D: I see. And which part of your head is affected?
P: well, it is right across the front here.
D: and can you describe the pain?
P: it's a sort of dull, dull and throbbing kind of pain.
D: I see, and do they come on at any particular time?
P: they seem to be, they are usually worse in the morning. I notice them when I wake up.
D: and is there anything that makes them better?
P: well, if I lie down for a while, they seem to get, they go away.
D: yes, and has there been anything else apart from these headaches?
P: well, the wife, my wife, she says that I seem to be getting a bit deaf.
D: Oh? Well, Mr Hall, I think at this stage, I'll start by checking your ears to see if there is any wax...

P2

HOUSE, M.D.* -S2E01 - *ACCEPTANCE

D: What is it, Clarence?
P: My gut!

D: Would you describe it as a shooting pain? A throbbing pain? Or maybe an imaginary pain because you don't want to go back to prison?
D: Where does it hurt?
P: My gut, I feel like I'm getting stabbed!
D: Well, he'd know. Let me take a look.

HOUSE, M.D.* -S1E21 – *THREE STORIES

PERSON A:
D: Person "A", farmer, says he was fixing a fence. Tightness in the ankle, loss of muscle control.
D: Did you hike to the fence, and how far?
P: Yes. It's about a half a mile from my farmhouse.
D: Where is the pain localized?
P: It started just above my ankle, and it's radiating up.

PERSON B:
D: How bad does it hurt?
P: What the hell is wrong with me! Do something!
D: Sir, are you getting pain anywhere else?
D: He's curling. It's not the back.
D: Sir, where are you getting pain?
P: Help me! Thank you. I feel a lot better now.

P3

THE BIG BANG THEORY* – S4E02 - *THE CRUCIFEROUS VEGETABLE AMPLIFICATION

Leonard: What the hell? What's the matter?
Sheldon: I have pain radiating from my navel to my lower right abdomen. I'm nauseated and feverish. I believe I may have cholera.
Leonard: There's no cholera in Pasadena. Just like last summer, when there was no malaria in Pasadena.
Sheldon: Well, if it's not cholera, then based on a quick Internet search, the other explanations in decreasing order of likelihood are Hirschsprung's Disease, botulism, a 30-foot tapeworm or accidental ingestion of chrysanthemum blossoms.
Leonard: When would you have accidentally eaten chrysanthemum blossoms?
Sheldon: It's part of an unlikely scenario that involves sleepwalking and a 24-hour flower mart with a less-than- vigilant proprietor. Oh, Lord, my belly!
Leonard: Ever had your appendix out?
Sheldon: I haven't. I've been meaning to, but who has the time?
Leonard: Let's get you to the hospital.
Sheldon: So this is how it ends with cruel irony. Just as I make the commitment to preserving my body, I am betrayed by my appendix, a vestigial organ. Do you know the original purpose of the appendix, Leonard?
Leonard: No. I don’t.
Sheldon: And yet I'm doomed while you live on. Funny how things work out, isn't it? Oh, Lord, I think it's about to burst! On the other hand, it might have been the Brussels sprouts.

FRIENDS* – S6E15 – *THE ONE THAT COULD HAVE BEEN

Phoebe: My chest hurts! Oh, and now I-I can’t breathe.
Chandler: Phoebe, are you having a heart attack?!
Phoebe: Oh, if I were, would-would I have shooting pains up and down my left arm?

Monica: Yes!!
Phoebe: Then yes that is what I'm having.
Monica: Oh my God!
Phoebe : Ok, this thing is useless, so could you dial 911 for me?

TD4

P1

Miss GYNOBS

D : Ok, I think I have an understanding about your current symptoms now. I'd like to move on to some questions about your past medical history, if that's ok?
P: Yeah, ok.
D: Firstly, have you had any major childhood illnesses?
P: Er… I think I had chickenpox. I'm not sure really.
D: Now, I need to ask some questions about your sexual health. They're routine questions, but some patients find them a little intrusive. But it's important that I ask you the questions so I can have the whole picture of your medical background. Is that ok if I ask you the questions?
P: Yeah… ok.
D: Have you ever had any sexually-transmitted infections? I'm talking about chlamydia, genital warts, HIV or syphilis for example.
P: This is really embarrassing.
D: It's ok, most patients find it very difficult to talk about, but as I said before it's very important for me to have all the facts related to your health. Have you ever had any of the illnesses I mentioned?
P: Yes, I got genital warts last year. Oh no, it was the end of the year before. I'd started a new relationship and well, I guess I was unlucky.
D: Thanks for giving me that information. I appreciate your honesty. Last question now. Have you had any pregnancies or giving birth before?
P: I haven't had any babies but I did have a termination two years ago.

Mr HUDSON

D: Good afternoon Mr Hudson. Just have a seat. I haven't seen you for a good long time. What's brought you along here today?
P: Well, doctor. I've been having these headaches and I seem to have lost some weight…
D: I see, and how long have these headaches been bothering you?
P: Well, I don't know. For quite a while now. The wife passed away you know, about four months ago. And I've been feeling down since then.
D: And which part of your head is affected?
P: Just here. Just here on the top. It feels as if there were something heavy, a heavy weight pressing down on me.
D: I see, and have they affected your vision at all?
P: No, no I wouldn't say so.
D: Not even seeing lights or black spots?
P: No, nothing like that.
D: And they haven't made you feel sick at all?
P: No.
D: Now, you told me that you've lost some weight. What's your appetite been like?
P: Well, actually, I haven't really been feeling like eating. I've really been off my food for the moment.

P2

HOUSE, M.D.* -S2E10 – *FAILURE TO COMMUNICATE

D: And it's old. Happened before he hit his head. Maybe a small stroke or some other underlying condition that could be causing this. Or it might have nothing to do with it at all. Have you ever had head trauma before? An accident? Ever had any numbness on one side before? Dizziness?
P: What is the durable? No.

HOUSE, M.D.* –S5E19 – *LOCKED IN

D1: Have you had any bloody diarrhea in the last two weeks?
D2: Rotavirus out.
D1: Any recent joint pain?
D3: Epstein-Barr's out.
D4: Have you traveled out of the country lately?
D2: What about inside the country?
Wife: He was in St. Louis.
D1: Good.

HOUSE, M.D.* -S3E16 – *TOP SECRET

P: I think the pill is the way to go. We haven't had a condom break yet. Thank God. But it's bound to happen, especially the way we've been doing it.
D: On a bed of nails?
P: No. He's not kinky. He's just insatiable. I can barely make it to any of my morning classes.
D: You smoke?
P: No way.
D: Stop it!
P: Sorry.
D: Any history of hypertension, blood clots, strokes?
P: Nope. Besides my OCD, I'm fit as a fiddle.
D: You have OCD?
P: Can't you tell?
D: Any other compulsions besides drinking massive amounts of water?
P: No, that's it. Thank God. My therapist says it could be a lot worse.
D: You get up in the middle of the night to drink?
P: Yeah. Every couple of hours.
D: Then your therapist is an idiot. Unconscious people don't have OCD. They can, however, have diabetes insipidus.
P: That's impossible. I eat candy all the time.
D: Different kind of diabetes. This kind is caused by banged up pituitary. You're obviously more of a lover than a fighter. I'm guessing either a car accident or you cracked your skull on the balance beam.
P: How'd you know?

P3

THE BIG BANG THEORY* – S3E08 - *THE ADHESIVE DUCK DEFICIENCY

Sheldon: All right, there’s no need to bark at me. According to the inexplicably irritable nurse behind the desk, you’ll be seen after the man who claims to be having a heart attack, but appears to be well enough to play Doodle Jump on his iPhone. We have to fill these out. Describe illness or injury.
Penny: I dislocated my shoulder.
Sheldon: All right. And how did the accident occur?
Penny: You already know that.

Sheldon: Cause of accident, lack of adhesive ducks. Okay, medical history. Have you ever been diagnosed with diabetes?
Penny: No.
Sheldon: Kidney disease?
Penny: No.
Sheldon: Migraines?
Penny: Getting one.
Sheldon: Are you currently pregnant?
Penny: No.
Sheldon: Are you sure? You look a bit puffy.
Penny: Change migraine to yes.
Sheldon: When was your last menstrual period?
Penny: Oh, next question.
Sheldon: I'll put, in progress. Okay, moving to psychiatric disorders, list all major behavioral diagnoses, e.g. depression, anxiety, etc.
Penny: Oh, my god, what the hell does this have to do with my stupid shoulder?
Sheldon: Episodes of sub psychotic rage.
Penny: Ass.
Sheldon: Possible Tourette's. All right, moles, lesions or other skin conditions. Soup tattoo on right buttock.

TD5

P1

Mrs SMALL

All right, now I'll just let you know about Mrs. Small's BP. As you know, she was admitted just before 2am yesterday with poorly managed hypertension.
If you look at her Obs. Chart from yesterday, you'll see that she was quite hypertensive on admission. BP was one hundred and seventy-three over one hundred and one, pulse eighty-six. At 6am, her BP was about the same, one seventy-five over ninety and pulse seventy-six. During the morning shift at 10am, she shot up to two hundred and ten over thirty, with a pulse of a hundred and twelve. By two, her BP was one ninety-five over ninety and her pulse was ninety-seven. I took her obs. again at 3pm, just before handover. She's gone down to one eighty over eighty-five with a pulse of eighty-six.

GASTROINTESTINAL EXAM

I've come to do an examination of your tummy today. Would that be OK?
Would you mind taking your T-shirt off to begin?
Ok Dan, I'm just going to have a look at you from the end of the bed. Could you put your hands down by your sides? I'm just going to have a feel at your tummy if that's alright now Dan? Have you got any pain anywhere?
I'm just going to flatten the bed. Are you OK lying down flat?
OK, I'm just going to have a feel at your tummy now Dan.Tell me if you're in any pain.
OK, I'm going to tap on your abdomen.
I want to have a listen to your tummy now Dan.
In summary, I examined Dan, who is a 28-year-old male. His abdomen was soft and non-tender. There was no organomegaly. Bowel sounds were present. This is consistent with a normal GI examination.

RESPIRATORY EXAM

Today I've been asked to perform a respiratory exam. Would that be ok?
Are you in any pain at the moment? OK, brilliant.
Dan, if you could just take off your shirt for me, and we'll start.
Ok Dan, I'm just going to start with some inspection from the end of the bed. Dan, I'm just going to more closely inspect your face. If you could just look straight ahead for me. And the first thing I'd like you to do is pull on your lower eyelid. That's great. If you could just open your mouth for me and now lift your tongue to the roof of your mouth.
I'm now going to put my hands around your chest and I'd like you to take some deep breaths for me. Ok? Deep breath for me, Dan. And out. Same again.
I'm now going to tap on various points of your chest. Would that be alright?
I'm now going to listen across your chest. If you could just take some deep breaths in and out through your mouth, for me? And now, every time I lay my stethoscope on your chest, could you say 99 for me?
If you could just sit forward for me now. I'm going to feel for any swollen glands in your neck.
In summary, I saw Dan, a young male, who from the end of the bed was comfortable and not short of breath. On palpation, there was symmetrical chest expansion.

P2/P3

HOUSE, M.D.* -S2E01 - *ACCEPTANCE

D: Bluish tinge to the fingernails. Lips. He's hypoxic.
M: What's that mean?
D: It means he's not getting enough oxygen. You know how people say you can't live without love? Well, oxygen's even more important. He's got fluid in his lungs. Breathing rate of 50. He needs to be intubated, put on a respirator.
M: Don't have a respirator.
D: Better get one in about an hour, or you're gonna lose him.
M: I'll make out a requisition.

HOUSE, M.D.* -S2E08 – *THE MISTAKE

D: How are the girls?
P: They're great. Dory had her first crush, which was cute.
D: Oh yeah?
P: And then her first sort of break up, which was not so cute. You're hot. 99.3. You been coughing?
P: No.
D: Pain in urinating?
P: No. 99's not that high, is it?
D: Immunosuppressants block fever, you shouldn't have one at all.
D: Talk to me.
M: 35-year-old female vomiting massive amounts of blood. LOC at work, BP 80 over 20, heart rate 140.

HOUSE, M.D.* -S2E03 – *HUMPTY DUMPTY

D: Spinal cord seems intact. Take a deep breath.
P: It hurts.
D: Try. Breath sounds bilateral. I don't think he has a pneumothorax.
P: Just asthma.
D: That and probably a broken rib. Tell me when it hurts the most. Your two little fingers are darker than the others.

P: They feel funny. Como needles.
D: How long have they been like that?
P: Never noticed before. Is bad?

HOUSE, M.D.* -S5E11 – *JOY TO THE WORLD
D1: Heartbeat?
D2: One-fifty. BP 180 over 110. Crackling.
D1:Three-quarters of the way up.
D3: At least this means she didn't try to kill herself.

TD6

P1
Mr WALTERS
D: Hello Mr. Walters. How are you today?
P: Oh, I'm fine, very well, thank you.
D: You know who I am, don't you?
P: Now, let me see. I know your face, but I can't quite place who you are. I think I know. I think I should know who you are.
D: Well, that's right. I'm Dr. Williams. I've met you several times before, you know.
P: Oh, you're the doctor. Well, I remember old Doctor Horsburgh quite well. I remember when he had a surgery down in the old Kirkgate, but I don't remember seeing him recently.
D: No, Dr. Horsburgh's been retired for a good number of years now. I took over his practice and I've seen you before. Maybe you don't recall that. Have you been here long?
P: Where, where do you mean?
D: In this house, have you been here long?
P: Oh, I've been here some time I think.
D: Do you remember where this is? Where is this place?
P: This will be the High Street, isn't it?
D: Yes, this is the High Street. How long have you been living in the High Street?
P: Oh, it must have been a good number of years. I, my mother used to stay down in the North High Street of course, and I used to stay with her, but when I got married, I moved up here. Oh that must be a good number of years. I can't quite remember the time.
D: Do you remember when you were born? What was the year of your birth? Can you remember that?
P: Oh, yes, I was born in 1913.
D: What month were you born in? Do you remember that?
P: Oh yes. I'm an April baby. I was always an April baby. Not an April fool, not the 1st of April you know.
D: Do you remember what time of the month?
P: Oh, it was the 17th of April.
D: Well, how old will you be now, do you think?
P: Oh, I've retired now. I must be about 69, I think. I'll be about 69.
D: Well, there's no doubt the years go by. What year is this year? Do you know that?
P: Well, this is about 1989 now I suppose.
D: Fine, and what month are we in?
P: Oh, now let me see. It'll be, the, I can't, can't remember doctor.
D: Well, tell me, is it summer or winter?
P: Oh, well, I suppose it's so cold it must be the winter time. It'll be January. Is that right?

D: Well, actually, it's February now, but it feels as though it was January, doesn't it? Do you remember what day of the week it is? Or do the days not mean a great deal to you now that you're not working?
P: Oh, you're right the days seem to run into each other, but this'll be Tuesday, I think. No, no, it'll be Wednesday, isn't it?
D: Well, I suppose that Wednesday or Thursday, one day tends to become much the same as the other when we're not working. Isn't that right?
P: Oh, you're right there.

MMSE (Mini Mental Status Examination)

The first part of the real neurological examination itself is the Mental Status Examination.
How old are you Alan?
33. How far did you go in school?
So let's start now, what is today's date?
Er…And what's the month, you've already told me, you can say again?
And the year?
What day of the week is this?
It's a Saturday and what season of the year is this?
So that's actually incorrect, it's actually the fall, it feels like the winter, that's it, but it's not quite…not quite the winter yet.
Er…What do you call this place, this building where we are right now?
Tell me specifically what hospital is it?
Yeah. And what department are we in in the hospital?
Uh-uh. What city is this?
Do you know what county we're in?
Ok. What state are we in?
Massachusetts. That's great. Now, I'm gonna test your memory: say these three words after me and then memorize them. Will you do that?
Ball, flag and tree. Say them again
So we just tested immediate recall which is a test of attentional ability. So he was able to…he was able to repeat them immediately.
Now I'd like you to start with a hundred and subtract by seven, let's go back by sevens, until I tell you to stop. Take your time.
Good. So we let people go back for five iterations, I get a check for each of the correct answers.
I would like you to think very carefully, go slowly, and try to spell the word 'world' backwards.
Very good, perfect. What were those three words that I asked you to memorize?
So he was able to keep those in mind so that's his ability to actually recall. We tested before his ability to put them into memory and now we know that he can bring them out. What do you call this item right here?
And this one here?
Can you repeat after me 'no ifs, ands or buts'?
That's a very classical neurological question

P2

***HOUSE, M.D.* -S8E09 – BETTER HALF**

W: We're in the car, honey. We're going to the hospital for tests.
W: We're in the hospital. We're going to the doctor's office.
D: Can you tell me what this is called?
M: You use it to get food from inside.
D: Yes, but what's it called? Is it a spatula?

M: No.
D: Good. Is it a can opener?
M: No. It's, it's. You're trying to make me look stupid. You can go to hell! Why don'! You kill yourself?
W: Andres. It's okay.

HOUSE, M.D.* –S2E10 –*FAILURE TO COMMUNICATE

D1: I want you to write your name, and draw a face.
D2: It's called agraphia, loss of ability to write. Most often it's temporary.
D1: How hard did he hit his head?
Wife: It was a pretty good crack. It made a really ugly sound.
D1: Do you understand what I'm saying?
P: Of golf!
D1: Don't give me a sentence. Just a yes or a no. You understand me?
P: ... Yes.

P3

DESPERATE HOUSEWIVES* – S3E04 – *LIKE IT WAS

Mike: I think I can feed myself now.
Eddie: Mm, you said that yesterday, and I ended up with a cleavage full of pudding. You heard the therapist. It's gonna be weeks before you're up and running.
Mike: I just wanna get home, unpack.
Eddie: You just let home come to you, okay? The whole street's dying to see you. Bree is even bakin' you a peach pie.
Mike: She's the redhead, right?
Eddie: Right.
Mike: Husband's a doctor Rex.
Eddie: Rex is dead.
Mike: Really? When did that happen?
Eddie: About a year and a half ago.
Mike: What?
Eddie: Yeah. You were at his funeral.
Mike: What are you talking about? That's not possible. I just met him right before my accident.
Eddie: Mike, what year is it?
Mike: 2004, why?
Doctor: It's called retrograde memory loss. It's caused by the swelling and frontal lobe damage. You say he's lost two whole years?
Eddie: Yeah. Is that unusual?
Doctor: Ah, patients more typically lose several weeks. The damage may be more severe than we thought.
Eddie: Well, do you think he'll get his memory back?
Doctor: He might, at least partially. You could be of some assistance with that.
Eddie: How?
Doctor: Bring him some personal belongings. Photos, letters. He's gonna need some help to remember what he can't.
Eddie: Oh, I'm sure I could fill in a few blanks.

TD7

P1/P2/P3

CRANIAL NERVES

Today, I've been asked to examine your cranial nerves; these are the nerves that supply your face and your neck. Would that be ok? Brilliant.
Are you in any pain at all?
First of all Robert, I'd just like to check, have you noticed any change in your sense of smell at all?
Ok, now I'm going to feel some of the muscles around your face. Just clench your jaw for me. And relax. Clench your jaw for me. And relax.
So I'd like to assess some movements and facial expression, now Robert. First of all, can you start by raising your eyebrows? Great. And now, if you could close your eyes as tight as you can. And don't let me open them. If you can puff out your cheeks. Don't let me push them in. You can purse your lips for me. And bare your teeth. That's great thank you.
So now, I would just like to assess the power in your shoulders and your neck. Robert, if you could just start by shrugging your shoulders for me, and don't let me push them down.
So now I'd like to examine your tongue. First of all, if you could just open your mouth for me.That's brilliant and if you can stick your tongue out. Fantastic.
Today, I did a cranial nerve exam on Robert Brown, a 21-year-old male. On examination of the cranial nerves 1 to 12, there were no abnormalities detected.

LOWER LIMB EXAM

Do you mind if today we examine your lower limbs? It's going to involve me moving your legs a bit and asking you to walk a bit. Would that be okay?
Ok, for this examination, I'm going to need you just to roll your shorts up for me, and if you could lie back on the bed when you're ready.
I'm going to start off by assessing your walking. Are you able to walk unaided?
So if you can start by walking towards the couch, and turn round. Now if you walk with one foot in front of the other, please. And now walk on your tip-toes. And now walk on your heels.
Can I ask you to put your feet together and your hands by your side. I'm going to ask you to close your eyes as well. I'm here to catch you if you feel unsteady. Ok and just open your eyes up for me.
I'm going to test your reflexes now, which is going to involve me tapping with this small tendon hammer on parts of your legs, ok? I want you to let your legs go floppy for me. Let me take the weight. Just let it go floppy for me.
I'm just going to run the blunt end of this neuro-tip against the sole of your feet. It might be a little bit ticklish.

UPPER LIMB EXAM

I'd like to perform an examination of your upper limbs, it's going to involve moving your arms about a bit, testing the sensation in your upper limbs. Would that be ok?
Good, for this I'm going to need you to take your top off.
I'm going to test the strength of your muscles now. Put your arms out like this for me. Ok, and stop me from pulling them out. And push against me. Ok, put your arms out straight and cock your wrists back. Stop me from straightening. And pop your wrists down for. Stop me from pulling them up.
Ok Harry, I'm just going to test the sensation in your arm now. I'm going to start by using this piece of cotton wool. So I'm just going to touch this on your chest. If you can close your eyes for me. Can you feel that? Ok. I want you to keep your eyes closed and just tell me when you can feel it by saying yes, ok? Did that feel the same on both sides?

I'm going to do the same with a pin now. It's going to feel sharp, it shouldn't pierce the skin, so it's going to feel like this, can you close your eyes for me? Can you feel that sharp? Ok, so if you can just say yes when you feel sharp on your arms, ok?
I'm just going to test your vibration sensation with this tuning fork. It's going to feel like this, can you feel that buzzing? Ok I want you to keep your eyes closed and tell me when you can feel it buzzing, ok? And tell me when it stops.
I'm going to test your coordination now. So if you can touch your finger to your nose like this, and touch my finger, and touch your nose, and touch my finger and go back and forth, that's it, as quick as you can.

P2/P3

HOUSE, M.D.* -S2E17 – *ALL IN

D: Follow my finger with your eyes.
P: How much longer will Dr. Cuddy be?
D: Well, given the number of Mojitos she's knocking back at the party, I'd say it's gonna be at least three hours before she's even conscious.
P: Weren't you at the same party?
D: I don't drink. I want you to reach out and grab my cane.
P: What's wrong?
D: Your son's brain is losing control of his muscles.
P: Dr. Cuddy's message said it was just dehydration from the diarrhea.
D: She's wrong.

HOUSE, M.D.* -S3E15 – *HALF WIT

D: Raise your left hand. That's your right hand.
M: What are you looking for?
D: Just want to make sure whatever happened doesn't happen again. Push up.
P: Push up.
M: He repeats what people say. It's a compensation mechanism. He knows he's supposed to say something so he repeats what he's just heard.
D: Well, that's good. Shows he's engaged. Spine's okay. All right, stick out your tongue like this. Copy me.
P: You have a big tongue.
D: Hey, I know it's funny but copy me.

HOUSE, M.D.* -S3E17 – *FETAL POSITION

P:! Hang on. Hey, who's in charge of the backdrop? Naomi?
M: What's wrong with it?
P: Well, the words are completely jumbled. What, you can read that?
M: Of course. You okay?
P: No. Oh, God. I could be having a… What's the mnemonic? "F" is for face. Is my smile crooked?
M: What are you doing?
P: "A" is for arms. Arms.
M: You should really sit down. Can someone get her some water?
P: "S" is speech. I'm slurring? I'm slurring? "F-A-S-T." "T" is for time. Hurry. Somebody, call 911. Tell them I'm having a stroke.

HOUSE, M.D.* -S5E09 – *LAST RESORT

D1: It means we have a favorite. It's nerve-related.
D2: Amped-up hearing could be linked to nerve palsy.

D1: Puff out your cheeks. Come on. Now, a big mug-shot smile.
D2: Left-side facial weakness.
D1: Seventh-nerve palsy.

HOUSE, M.D.* -S5E11 – *JOY TO THE WORLD

P: Where's the woman I spoke to last week? The trial patient with the advanced symptoms.
D: She dropped out.
P: She okay?
D: Not health related. She just wants to drop out.
P: Why?
D: She didn't say. And I only break into the houses of very special patients to get to understand them better.
P: I do good today, boss?
D: No rigidity, no cogwheeling. So absolutely, I'd call that good.

TD8

P1

HAEMATOLOGY LAB

Lab Technician: This is the Haematology lab at the Royal, I have a result for you.
Doctor: Right, I'll just get a form.
LT: It's for Mr Hall, Mr Kevin Hall.
D: Right.
LT: White blood cells – 7.2, RBC – 3.32, haemoglobin – 12.9, that's 12.9. Haematocrit – 0.39, MCV – 81, platelets – 264
D: Sorry?
LT: 264 – two hundred and sixty-four. ESR – 43mm.
D: OK, I've got that.
LT: Blood film showed neutrophils – 60%, lymphocytes – 30%, monocytes – 5%, eosinophils – 4%, basophils – 1%.
D: Fine, anything else on the film?
LT: Yes, there are burr cells present, plus plus.
D: Right, thanks very much.

COMPLEMENTARY EXAMS

Mr Gumley, you'll have to have some investigations done to find out exactly what's causing your problem. Firstly, we need to get your chest X-rayed. Then, for three mornings running, I'd like you to bring to the surgery a sample of the phlegm that you cough up in the morning. We'll be sending that off to the lab for testing to see if you have any particular germs present.

Because of your heavy periods, Mrs Sharp, we must find out if you've become anaemic so I'll have to take a blood test. It might also be necessary to do a pelvic ultrasonograph. This is a very simple test which takes a special picture of the lower end of your abdomen to see if the womb is enlarged.

From your symptoms it would seem that you have an overactive thyroid gland. We can test this quite simply by doing a blood test to check the level of hormones in your blood.

DRE (Digital rectal Exam)

D: Now I need to perform a rectal exam. It's a little uncomfortable, but it's very important because of the pain you've been having. Is that OK?
P: Yes of course, you're the doctor, do what you have to do!
D: Ok. I need you to pull your trousers and your underpants towards your knees. Now, I need you to lie on your left side facing the wall, with your knees bent towards your stomach. I'll cover you with this towel. Ok, well done. Now, I'm going to insert a gloved finger into your back passage. It will only take a moment, ok?
P: Ok.
D: Everything ok? You're doing very well. Ok, good, all done! You can get dressed now.
P: Thank you.
D: Have a seat.
P: Is everything ok, doctor?
D: Well Jim, the good news is that I don't think that it's anything too serious. I think the most likely diagnosis is that you're suffering from what's called a peptic ulcer, a small hole in the lining of your stomach. And that's what's probably causing the pain. It could be a result of all the Diclofenac tablets you've been taking.

P2

HOUSE, M.D.* -S5E09 – *LAST RESORT

P: My medical records. I need you to read them. I've been to 16 doctors in the last two years had three full-body CTs and two MRIs, seven blood panels, and one homeopathic consult.
D: And all that was missing was the threat of violence.
P: What's missing is an answer. I can't breathe. I'm tired all the time. I get skin rashes and heart palpitations and insomnia.
D: It's a cool constellation of symptoms.

HOUSE, M.D.* -S5E11 – *JOY TO THE WORLD

D1: I've got to tell you about this clinic patient.
D2: Natalie's liver's continuing to fail. And now bradycardia. Atropine isn't keeping the heart rate up we're going to have to put her on a pacemaker.
D1: Alcohol withdrawal would cause her heart to race, not crawl.
D3:There's nothing structurally wrong with her heart. EKG, echo, electrolyte panel are all normal.

HOUSE, M.D.* -S1E05 – *DAMNED IF YOU DO

D1: Her hands were red and swollen. Maybe she has a skin infection. Cellulitis? That could manifest with tachycardia.
D2: There's no history of fever. Results from the C.B.C. didn't indicate an infection.
D1: The eosinophils are mildly elevated. Sed rate's up a bit. Could we be looking at a systemic allergic response?
D3: It's not allergic. Allergies don't cause cardiac arrest like this. Could be inflammation of the blood vessels.
D2: Vasculitis? That wouldn't give you an elevated eosinophil count.
D3: Churg-Strauss vasculitis would. The blood vessels of the heart, lungs and skin become inflamed, causing the asthma, rash and heart problems, covers all her symptoms.
D1: You need a biopsy to diagnose.
D4: Chest C.T. would be quicker.
D2: The lady just came in with a rash.

HOUSE, M.D.* -S5E16 – *THE SOFTER SIDE

P: You're Dr. House, aren't you? What do you think is wrong with our son?
D: These people were just coming to tell you. This is better. Don't have to worry about them losing their way.
P: We think that he has a blind uterus. He should have an MRI.
D: Did you send them a text?
P: Over the past 13 years, we've educated ourselves.
D: Who needs med school when you've got Wi-Fi? Go schedule their son for an MRI with contrast right away.

HOUSE, M.D.* -S5E19 – *LOCKED IN

D: LP stands for lumbar puncture. We use this needle to collect fluid from your spine.
P: That's a really big needle.
D: You're going to feel some extreme pressure in your back.
P: I already feel pressure in my front. My chest hurts. Something's wrong. No, my chest. Something's wrong.

P3

THE BIG BANG THEORY* –S E210 – *THE VARTABEDIAN CONUNDRUM

Steph: Sheldon, what are you doing here?
Sheldon: Hang on. 130 over 80. A little high. We can attribute that to the stress of sneaking past the security desk.
Steph: Where did you get the stethoscope and the blood pressure cuff?
Sheldon: My aunt Marion gave them to me for my 12th birthday. She thought if I failed at theoretical physics that I should have a trade to fall back on. And by the way, the blood pressure cuff is called a sphygmomanometer.
Steph: Thank you.
Sheldon: Didn’t they teach you that in medical school?
Steph: I’m kinda busy here, Sheldon.
Sheldon: I understand. All I need is for you to authorize these tests.
Steph: A cardiac stress test, a full body MRI, an electromyogram, a CBC, baseline glucose, upper GI?
Sheldon: Oh, and an exploratory laparoscopy. Last time I had hiccups, it felt like my diaphragm was just going through the motions.
Steph: Go home, Sheldon.
Sheldon: Can I at least have the upper GI? I already drank the barium!

DESPERATE HOUSEWIVES* – S3E22 – *WHAT WOULD WE DO WITHOUT YOU?

Nurse: It'll just be a few more minutes, Mrs. Scavo. The doctor's looking at your C.A.T. Scan.
Lynette: Thank you. This whole thing is ridiculous. I bumped my head.
Tom: Lynette, you were dizzy and throwing up. You can't be too careful.
Lynette: Well, I feel just fine now.
Doctor: Mrs Scavo?
Lynette: That's me. I'll be back.
Doctor: Actually, I'd rather have you both come in for this.
Lynette: Is it a concussion?
Doctor: No, it's just a bruise.
Lynette: Good.
Doctor: But I noticed something in your C.A.T. scan that concerns me. You have a few swollen lymph nodes in your neck. I wanna send you in for a biopsy.

Lynette: A biopsy? Why?
Doctor: Have you noticed any change in your appetite lately? Any fatigue, fevers?
Lynette: Stop. Just stop. What is it you think I have?
Doctor: I don't want you to panic. This can be any number of things.
Lynette: Is one of them cancer?
Doctor: It could be lymphoma. We're hoping the biopsy will rule that out. If you look at the C.A.T. scan, you can see this white area here stands out. These are called submandibular lymph nodes. Lymphoma can vary according to the type of cell that multiplies and how the cancer presents itself. There are two types Hodgkin's and non Hodgkin's lymphoma.

TD9

P1

4 DIAGNOSES

An insulin-dependent 11-year-old girl accompanied by her parents

Now Elisabeth, the trouble with you is that you are not making a substance that you need to control the amount of sugar in your blood. If you have too much sugar or too little sugar, it will make you feel very ill and we will have to replace this each day. It means that you will have to have a jab because it doesn't work properly if we give it to you in a tablet. Your mother, here, will go with you to see the nurse and she will show you how to do it. Many other boys and girls, some much younger than you, soon learn to do it, so you needn't feel frightened.

A 65-year-old schoolteacher with osteoarthritis of the left hip

This condition is really like the wear and tear of a hinge. The joint is becoming stiff and painful because it is roughened by inflammation. Fortunately, as you are now retired, you will be able to modify your life so that it does not trouble you so much. I will prescribe tablets which will help the pain and stiffness and although this won't cure it, it will control the discomfort. If, in the future, it gets more troublesome, we can always consider an operation which will get rid of the pain.

A 23-year-old lorry driver affected by epilepsy

Unfortunately, the attacks you have been having are shown to be quite severe. They are caused by abnormal electrical activity in your brain. This is called epilepsy. But we can help to stop you having these fits. I will prescribe tablets for you. These will control the condition as long as you are taking them. It is most important that you take them regularly and don't forget. The problem as far as you are concerned, is that you are not permitted to drive for at least one year after your last attack. You'll have to consider changing your job, you must tell your employer about your condition.

A 52-year-old cook with carcinoma of the bowel

The tests show that you have got a nasty growth in the bowel which will have to be removed. It is far too dangerous to leave it. The operation has every chance of removing the disease. The exact type of operation, however, will depend on what the surgeon finds in the operation, but the possibility is that you may have to have an opening made on the skin of your abdomen. This is something a lot of people can cope with and it may only be temporary.

GIVING BAD NEWS

D: Hi, are you Mary?
P: I'm Mary.

ANNEXE 3
Scripts des documents utilisés pour les P1, P2 et P3

D: Hi, come on in, have a seat.
P: Oh, ok.
D: Hi.
P: Hi.
D: My name's Betty and I'm the nurse working in the clinic today.
P: Hi Betty.
D: What's your name?
P: Oh, well it's Mary S. Smith, kind of a common name, that's why I threw in the S.
D: Yes, well, yeah, Smith is pretty common.
P: That's why I add the S.
D: OK. That's a good idea. What's your birth date?
P: Oh, June the 10th, 1955.
D: Ok, thanks, and I'm…The reason I'm asking that is I just want to make sure I have the correct patient.
P: That's a very good idea.
D: So Mary, can you tell me why you're here today?
P: Oh, well, I had a breast biopsy a week ago, so…Well, you knew that right?
D: Yes, I do. I do know that. I'm just wanting to see what your expectation for being here today is. Did you speak with your family doctor before coming today?
P: Well, I didn't. Because he's on vacation, so I haven't had a chance but do you have some information?
D: I do, yes, I do. But I just wanted to see if he had spoken with you and had given you any information at all…
P: Not yet.
D: …before I'm gonna talk to you. Ok let me just get my information here, and let's just move a little closer together. I'll just put this here for you. I have this paper with me right here.
P: This is the pathology report?
D: This is the pathology report from your biopsy that you had. And there's a lot of words…
P: There's a lot of …What does it mean?
D: Well, let's go down to the very bottom part here, where it gives you the diagnosis, it says that you do have a breast cancer. See that part here? A breast carcinoma cancer? Were you expecting that?
P: Well, I knew there was a possibility, I was hoping that wasn't the case.
D: You were hoping, yeah, so you didn't, you weren't planning for this in your mind, today?
P: No.
D: No. Ok. Well, unfortunately, this is what it's saying. The plan today is first of all to inform you, and then to help you along the path that this diagnosis will…has given you. So, before I do any more, the doctor would like to see you and examine you and explain some of the options that are available for you. This requires surgery and so surgical intervention is likely what's required and so I would like that explanation, is there anyone with you here today? To help, to come in and listen?
P: No, I'm by myself, my husband is out of town for a bit. Yeah. It's all very overwhelming.
D: Oh, I know. This is not the news you wanted to have. I know that. Just take some time. This is difficult, I know. And do you have anyone at home or near you - I know your husband's away - that could be helpful to you, give you some support?
P: Yeah.
D: Yeah? So, you're not alone.
P: No. He'll be back tomorrow and my sister lives a block away.

P2

HOUSE, M.D.* –S1E21 – *THREE STORIES

D: You're dying. In a few hours. There's nothing we can do except deal with the pain.
P: Well, I need to go home.
D: You're not going home.
P: But my dog. What will happen to my dog?

HOUSE, M.D.* -S3E06 – *QUE SERA SERA

D: George, it's me. Your tests were positive. You have a small cell lung carcinoma. It caused a paraneoplastic neurologic syndrome, which in turn caused your blindness and coma. The cancer's metastasized to your lymph nodes. It's inoperable, but there are radiation treatments available. They might give you a few more months.
P: I never smoked.

HOUSE, M.D.* -S3E20 – *HOUSE TRAINING

D1: Tell me how to do this. House says people thank you after.
D2: It's not typical.
D1: I already killed this woman. All I can do now is not make any more mistakes.
D2: First of all, stop thinking you can minimize the hurt. A lot of people are afraid of the word dying. If you pussyfoot around it, she's not going to read your mind.
D1: Okay.
D2: No, it's not. When you look in her face, you're gonna feel the instinct to temporize. Crush it.
D1: Yeah.
D2: Then wait. Give her time to process the news. Let her know you'll be with her through all of it. Wait till she's done thinking, till she meets your eyes again. Then if you feel it's appropriate, you can touch her. Maybe put your hand on her arm like this. Let her know she's still connected to another human being.
D1: You've got this down to a science.
D2: You're freaking out.
D1: I told you…
D2: Give her what she needs. What she doesn't need is a doctor who's not there with her because he made the wrong call. You are freaking out. You should be freaking out.
D1: I won't let her see it.
D2: Let her see it.

HOUSE, M.D.* -S4E09 - *GAMES

D: I got your new test results back.
D: Sorry I'm late.
P: Who's your colleague?
D: Dr. House
D: Yes, Dr. Wilson?
D: I really don't need the consult.
P: I know the prognosis.
D: Apparently not.
D: Mr. Mckenna, I can't believe I'm able to say this, but you're cancer-free. The biopsy looked like adenocarcinoma, but it wasn't. Harmless lesions on your lungs. You're fine.
P: I don't get it.
D: Cool.
D: No, I know this must come as a shock, but, I've double-checked the labs.

P: I just accepted an offer on my house. I've had three good-bye parties. I'm buying plane tickets to Venice.
D: You can still use those if you're alive.
P: I have to pay a $6,000 broker commission on a house I'm not selling. Money, I don't have. Thank you for letting me know.

P3

COUGAR TOWN* – S4E09 – *TOO MUCH AIN'T ENOUGH

Tom: Jules, I got your test results. You have a kidney stone.
Jules: I have only been with Grayson.
Elie: Not an STD.
Jules: Okay. Well, great. So what now?
Tom: You'll pass it eventually, but kidney stones are really painful.
Jules: I birthed Travis' giant square head. I think I can handle a tiny stone. Besides, I'm fine. The pain's gone.
Tom: That's the thing about stones. You can go hours feeling nothing, - and then all of a sudden…
Jules: Oh! Oh, God! This is a big one!

BROOKLYN NINE-NINE* – S3E12 – *9 DAYS

Doctor: I'm afraid you both have the mumps.
Jake: Mumps, still a funny word. Are we gonna die?
Doctor: So you both have the mumps. Sorry to say, it's very contagious. You may not want to be here, detective.
Detective: Oh, it's cool. I keep up to date on all my vaccinations. I'm immune to stuff you've never even heard of.
Captain: But not immune to braggadocio.
Doctor: Anyhow, over the next several hours, you will more than likely develop fever, aching, fatigue.
Jake: Doesn't sound too bad.
Doctor: Also, tart foods will cause intense jaw pain, so you may want to avoid sour candies.
Jake: What?
Doctor: You may get painful goiter-like swelling in your neck and often extreme testicular discomfort.
Cap & Jake: Okay, okay. Cool, cool. Cool, cool, cool, cool, cool, cool. No doubt.
Doctor: Due to the highly contagious nature of the virus, you will both be quarantined to your houses for the next nine days.
Captain: Oh, nine days in isolation.
Detective: Sir, I'd be happy to keep you company. We can watch the ten-part Nicholas Nickleby special on PBS. Hear there's a lot of long, quiet stretches.
Captain: I do love long, quiet stretches, but I don't want to be a burden. Plus, I'm getting used to being on my own.
Jake: Or we could be quarantined together, you know, work the case.
Captain: Yes, that actually sounds kind of fun.
Jake: Kind of? It's gonna be the best week ever.
Doctor: I'm sorry, did you not hear me say extreme testicular discomfort?
Jake: Yes, we heard you, Dr. Bad News Doctor.

MODERN FAMILY* – S4E15 – *HEART BROKEN

Doctor: Blood pressure's still good. I think I can send you home.
Claire: Great. So it was probably just low blood sugar or something? See, honey? I told you it was nothing to worry about.

Doctor: Well, it's not nothing. You did have a small heart episode.
Phil: Dr. Coben, this may have been my fault. I think I was being too sexy.
Doctor: Yeah, I don't think that's an issue.
Phil: You sure about that?
Claire: Um, doctor, you're not saying that I had a heart attack or something, right?
Doctor: Not at all. What you have is a very minor arrhythmia, known as Wolff-Parkinson-White syndrome. It's hereditary, so you're off the hook.
Claire: Oh, yeah. My mom has that.
Doctor: We'll treat it with medication and have you back in a couple of days. In the meantime, just take it easy.
Claire: Okay. Thank you!

TD10

P1

PRESCRIPTION EXPLANATIONS

When your doctor prescribes a medicine for you to take, they do so because of the symptoms that you are experiencing. The medicine that is prescribed for you is dependent on the diagnosis the doctor makes based on your symptoms or test results. This diagnosis is about you. Your prescribed medicines are specified on a written prescription. The prescription or script contains many important pieces of information for the pharmacist. It will specify the brand or type of medicine you require, the duration of the script, the dosage and whether or not any repeats are required. The information that is printed on the label of the medicine by the pharmacist is vitally important, as it tells you the name of the medicine, when to take it, how many times to take it during a 24-hour period, and the number of tablets or quantity of liquid to consume. It will also indicate the expiry date of the medicine. After this date, the medicine will become increasingly less effective, and it should be disposed of. You should discuss with your doctor if you need another prescription after you have finished the first one. Your prescribed medicines are complex chemical compounds developed by pharmaceutical companies to specifically treat diseases and other conditions. The effectiveness of the medicine would depend on how closely you follow the instructions which are given to you by the pharmacist. You should discuss any side effects that you may feel when taking your medicines with your doctor. Side effects may include bloating, or abdominal discomfort, nausea, weight gain, skin rashes, jaundice and hypoglycemia. Your doctor will be able to suggest a dose reduction or alternative medicine to assist in avoiding these side effects.

PENICILLIN ALLERGY

Michelle : Thank you! Hi doctors! My question is, I have a 6-year-old son and he has had an allergic reaction to Amoxicillin in the past. So, I'd like to know, what are my options going forward? Is he always going to be allergic to all antibiotics? Is it something that I have to worry about on a daily basis?
Pediatrician: Very common concern among parents, in a child that's had a reaction to an antibiotic and yours was Amoxicillin which is the penicillin family and so, in his chart I would write "reaction to penicillin". But there's a lot of other classes of antibiotics that we can use when he needs to use them, so it's nothing to really be concerned about. But just make sure every doctor, every nurse, every pharmacist knows that he's allergic.
Anchor: Because, what is the allergic reaction?
Michelle: Well it was his second round, if you will, it was about a year apart. So he'd already been on it once and he was fine, and it was the second time he was on it, about day 8.
Anchor: And what happened?
Michelle: He had a rash all over his body, and he had an upset stomach.
Pediatrician: Did they look like welts, that rash?

Michelle: More redness, I wouldn't say welts. They were definitely around his torso and then it just spread.
Pediatrician: I love how you were very specific. You knew it was day 8 and he got skin reaction. That is wonderful information that I can use as a doctor to make a decision.

P2

HOUSE, M.D.* -S5E11 – *JOY TO THE WORLD

P: My asthma. They said they'd fix it, but it didn't make any difference at all.
D: Well, sometimes doctors make mistakes, Anna and then we have to try twice as hard to fix them. You using your inhaler?
P: All the time. Go through one a week.
D: You sure you're using it right?
P: Do I look like an idiot?
D: No. Why don't you show me how your inhaler works?

HOUSE, M.D.* -S1E05 – *DAMNED IF YOU DO

D1: Order a chest C.T. and start the sister on prednisone-- 40 milligrams T.I.D.
D2: The sister?

HOUSE, M.D.* -S1E05 – *DAMNED IF YOU DO

D: Hi. I'm Dr. House. What seems to be the problem?
S: Show him your hands, Augustine.
S: It-It looks like stigmata.
S: Shh. Pius.
D: You must be all the talk around the "holy water" cooler. Been washing a lot of dishes recently?
P: I help out in the kitchen.
D: Anything new in the kitchen?
S: We just got a donation of saucepans and pots this week.
P: I unpacked and washed them.
D: Should have spent your time saving souls. It's easier on the hands. This is contact dermatitis. You're allergic to dish soap.
S: Nonsense. We've always used that soap. Why is there a problem now?
D: A person can become allergic to substances that they've had repeated and prolonged exposure to. The good news is-- free samples. Diphenhydramine. It's an antihistamine. It'll stop the allergic reaction. Take one every eight hours. It might make you feel a little sleepy. And get some of that over-the-counter cortisone cream.
P: Thank you, Doctor.
D: You want some water?
P: I have some tea.
D: Well, you just relax for a few minutes. That stuff works pretty fast.

HOUSE, M.D.* -S1E05 – *DAMNED IF YOU DO

D: So, what's wrong with you? Let me guess, inflammatory bowel.
P: Yeah. Is it that bad?
D: Yes. It's also written on your chart. Bloody diarrhea, gas, pain. Took sulfasalazine, but it didn't work.
P: No. Then, then l…
D: Next, tried steroid enemas. Oral corticosteroids-5-A.S.A., I'm impressed.
P: By my medical history?
D: By how well your last doctor charted.

P: It's one thing to have to go to the bathroom every hour, but when the kids sit on my lap, it's- The store sent me home. They're gonna fire me. Can't you put me back on 5-A.S.A.? Maybe it'll work this time.
D: Not likely. I'm giving you a prescription. It's cheap, which is good, because your insurance company won't pay for it.
P: "Cogaritis"?
D: Cigarettes. One twice a day. No more, no less. Studies have shown that cigarette smoking is one of the most effective ways to control inflammatory bowel. Plus it's been well established that you look 30% cooler.
P: Are you kidding me?
D: About the looking cooler, yeah. The rest is true.
P: Isn't it addictive and dangerous?
D: Pretty much all the drugs I prescribe are addictive and dangerous. The only difference with this one is it's completely legal. Merry Christmas.

P3

THE RANCH* – S1E03 – *THE BOYS OF FALL

Doctor: Well, Mr. Bennett I have to say, for the most part, you're in impressive health for a man your age.
Beau: You know, when I take my truck in and there's nothing wrong with it, they don't charge me.
Doctor: Take these until your back pain subsides, and, um, you should be fine in a few days.
Beau: Sounds good. I'll see you in 12 years.
Doctor: I'm not done. We have to talk about your high blood pressure.
Beau: What?
Doctor: You're at risk for stage two hypertension, which could lead to heart attack, stroke or kidney failure. Unless you make some lifestyle changes.
Beau: I'm not doing Pilates.
Doctor: I think we can start with your diet. I'd like you to cut back on red meat.
Beau: Pass.
Doctor: You're also going to have to cut down on your drinking.
Beau: Try again.
Doctor: What about stress? What do you do to reduce it?
Beau: Eat steak and drink whisky.
Doctor: Mr. Bennett, come on, this is serious.
Beau: My stress will come down when I sell my calves.
Doctor: Well, in the meantime, you need to cut back on salt and eat more vegetables.
Beau: Okay, I think we're done here.

TWO AND A HALF MEN* – S5E05 – *PUTTING SWIM FINS ON A CAT

Alan: So if I sign up for this drug trial, I take these pills not knowing if I'm getting the actual anxiety medication or a placebo?
Doctor: That's correct. The test group gets the actual medication and the control group is being given sugar pills.
Alan: So is there anything I should know about? Any side effects or anything?
Doctor: Well, that's one of the purposes of the research. But in tests of this nature, common side effects include: " Dry mouth, hair loss, blurred vision, inflamed gums. "
Alan: Okay.
Doctor: "Mild nausea. Heart palpitations, liver damage. Boils, shingles, sudden fainting and temporary darkening of the stools. "

Alan: Good Lord. How much do you pay people to do this?.
Doctor: A thousand dollars a week.
Alan: I'm in.

TD11

P1

Mr VARGAS

D1: I just want to keep an eye on Paul Vargas over there. I've been watching him with his visitors, and I think it's a good idea to be close by. They're getting a bit loud by the sound of it. I think it's a good idea to watch the situation in case we have to defuse it and calm things down.
D2: That's fine. I noticed a lot of visitors around the bed, and their voices seem to be getting a bit louder, don't they?
D1: Yes, they do.
P: Hey you, nurse. Yeah, you. Give Paul his injection now. Can't you see he's in pain? You nurses don't do a bloody thing round here. He's in pain and he's giving me grief about it. I can't do anything about it. It's not my job.
D1: It's OK, I'll see what I can do. I'll be looking after Paul this evening. Can I ask who you are first, please?
P: I'm Mark Fellows. I'm Paul's uncle. Don't worry about who I am. Do something for him. He's in real pain, and you're just sitting there doing nothing.
D1: All right, Mr Fellows. I need you to lower your voice so we can talk about sorting out Paul's pain. OK? I can't understand what you're saying if you're shouting at me.
P: OK, OK. Sorry. Look, it's just that he needs something for the pain. You're just sitting there. You know, you could be doing something to help him. Why don't the nurses ever get him anything? He's always complaining he's in pain.
D2: I do understand, it's hard, isn't it? You feel very helpless when you see someone in pain and you can't do anything about it yourself.
P: Right.
D2: You're worried that Paul isn't getting regular pain relief is that right?
P: Right.
D2: How about I get his chart now and see what he's been having. I can see if he's due for something now. All right?
P: Yeah, all right. Look, sorry, sorry, nurse. I shouldn't shout at you. It's just that, well, he lives with me, you know. I'm more like his father. I hate to see him like this.

DISCLOSURE

D1: Mr. Romanoff. First off, I want to tell you how devastated we all are about what happened to your wife. We're very sorry. We'd like to explain to the best of our knowledge what happened with your wife. The case was very complicated: an operation called a C-section was required to remove your son from Ariana's womb. The situation was urgent: I had to get the baby out as quickly as possible or the baby could have died. Your wife's airway was a class II, which means that we had trouble inserting a breathing tube. We believe as a result, your wife didn't get enough oxygen, which soon led to a coma after the surgery. We believe she then experienced an embolism, which is a kind of large blood clot which prevented her heart and lungs from working. Everybody here worked very professionally and did everything possible to save your wife but she died. That's not the result we hoped for but even still, if I had to do it all over again, I would do exactly the same thing in order to save your baby boy.
P: I came to your hospital with my beautiful wife because we trusted you. And now my wife is dead. And all I hear you saying is something about her airways, something was wrong, my wife never had a problem with her airway. You killed my wife. What do you have to say to me?

D1: All I can say is that by the time your wife was in my care, the situation was urgent. I had to take action. Your baby boy…
P: My boy has no mother, no mother, because of you!
D2: Tibor, this is very hard to say but we're human and we make mistakes just like everybody else. Our hearts are broken over this.
D3: The hospital is taking steps to learn what we can from our mistakes so that hopefully this won't happen to anyone else but we do know that this is too late to save Ariana. Not today, but someday soon, we'd like to sit down with you and discuss what your needs will be. On behalf of everyone here at the hospital, we are truly sorry.

P2

HOUSE, M.D.* -S5E16 – *THE SOFTER SIDE

P: My son has a death sentence and I can't go in there and be with him because of you.
D1: I'm sorry.
P: You find a homework assignment and decide he's suicidal make it your own personal mission.
D1: I let my feelings…
P: Oh, don't you dare apologize. Like it could absolve you of what you've done to me, my family. He was fine.
D2: I understand why you're angry. But this isn't where you belong right now.
P: He won't let us in the room.
D2: He's a teenager, you're his mother. This is not the time to start listening to him. Go be with him.

HOUSE, M.D.* -S3E10 – *MERRY LITTLE CHRISTMAS

P: There's no bruise or nothing, but it really hurts.
D: Unfortunately, that pain and lack of bruising is typical of a zygomatic break.
P: Sounds bad.
D: Bones are aligned properly. Which ER did you go to after the car accident?
P: Princeton Plainsboro. Here's my discharge slip.
D: Okay. I'm going to get you some acetaminophen with codeine.
P: I tried that, it makes me nauseous.
D: There's a drug called gabapentin which is good for certain kinds of pain.
P: Great! 'Cause I haven't slept in days.
D: Gabapentin's not really going to help with the sleep.
P: Oh. Is there something else you can give me?
D: Vicodin's your best bet with sleep issues.
P: Well, thanks so much.
D: Unfortunately, our policy forbids prescribing opiates to new patients.
P: Well, how could a clinic have a rule against relieving pain?
D: Just with opiates. We find that it helps weed out drug-seekers.
P: You think I'm a drug-seeker?
D: I'm not saying that.
P: Well, then give me the Vicodin.
D: I can't.
P: Because you think I'm a drug-seeker.
D: I just said I didn't.
P: No, you said that the policy was to stop drug-seeking. Then you said I'm not a drug-seeker. Policy doesn't apply.
D: I'm sorry, that's the policy.
P: Gabapentin works on nerve damage. You're prescribing it for a broken face. Might as well hand out Band-Aids for a severed carotid.
D: You're a doctor.

P: Not by this clinic's definition, since I'm neither a moron, nor a mindless drone!
D:Security.
P: Forget it. I'll throw myself out.

P3

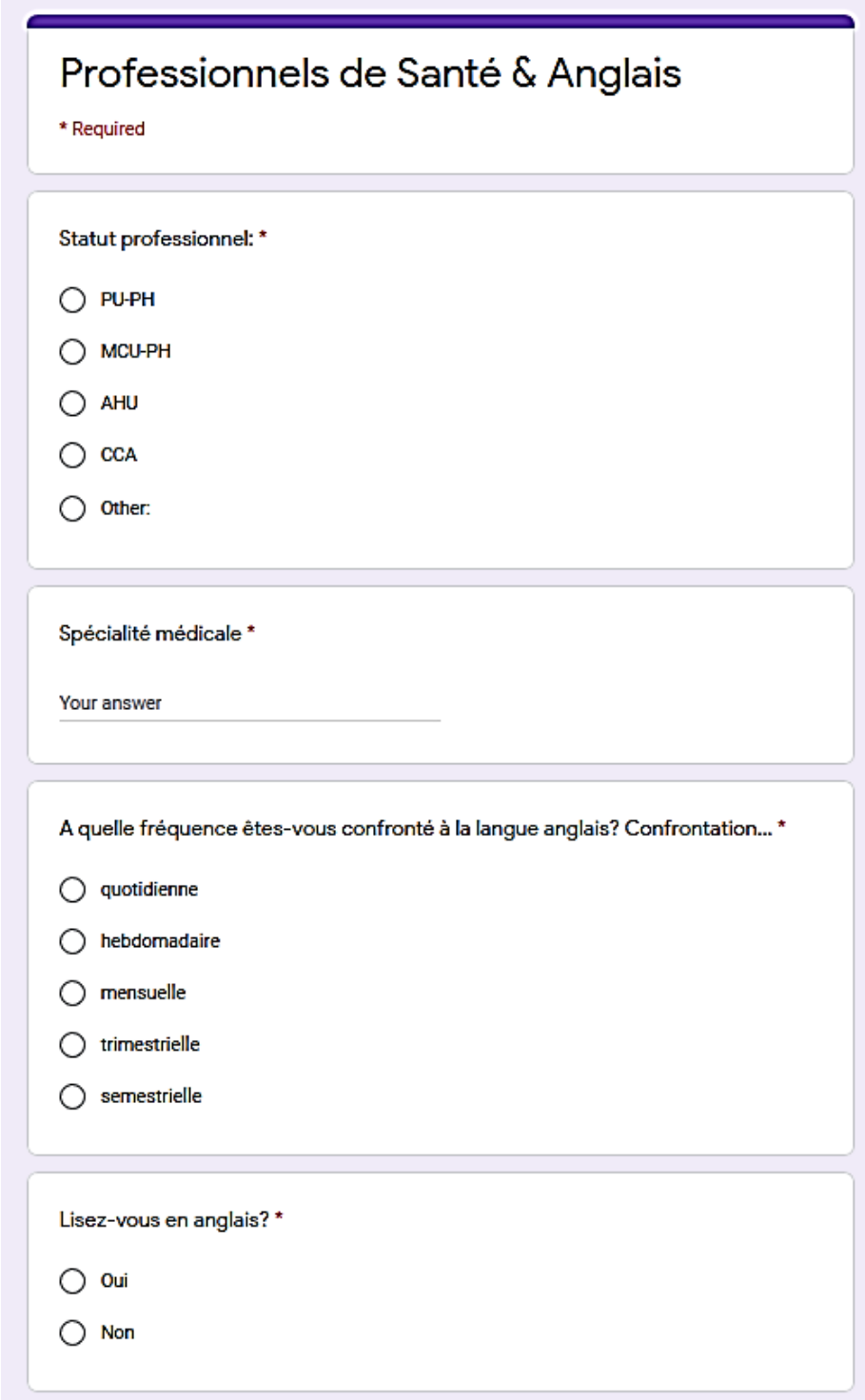
CRIMINAL MINDS* – S5E01 – *NAMELESS, FACELESS

D : Mrs Edesma, the collision lacerated his kidney, he lost a lot of blood. But we were able to repair the damage so take some time, he'll be just fine.
M: What about my son?
D: I'm sorry?
M: Jason Myers. He's 18, he was in the accident.
D: Your son was dead when he arrived here. That's because I didn't operate on the boy.
M: They told me he's breathing.
D: He's been put on life support, but I'm afraid he no longer has brain function. I'm very sorry.
M: You're not even gonna operate!
D: It's too late.
M: You don't even know who he was, she had to give you the chart!
D: I'm sorry.
M: You have children?
D: A son.
M: What would you say to a doctor who wouldn't even try to save him?
D: I'm sorry, I know it's hard to understand, believe me, but there's nothing I can do.

INSTRUMENTS DE L'EXPÉRIMENTATION

ANNEXE 4

Questionnaire sur les besoins en anglais des professionnels de santé



Professionnels de Santé & Anglais

* Required

Statut professionnel: *

- PU-PH
- MCU-PH
- AHU
- CCA
- Other:

Spécialité médicale *

Your answer

A quelle fréquence êtes-vous confronté à la langue anglais? Confrontation... *

- quotidienne
- hebdomadaire
- mensuelle
- trimestrielle
- semestrielle

Lisez-vous en anglais? *

- Oui
- Non

Si oui, à quelle fréquence?

- ◯ quotidienne
- ◯ hebdomadaire
- ◯ mensuelle
- ◯ trimestrielle
- ◯ semestrielle

Si oui, que lisez-vous?

- ☐ revue médicale
- ☐ Other: _____

Ecoutez-vous de l'anglais? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui, à quelle fréquence?

- ◯ quotidienne
- ◯ hebdomadaire
- ◯ mensuelle
- ◯ trimestrielle
- ◯ semestrielle

Annexe 4
Questionnaire sur les besoins en anglais des professionnels de santé

Si oui, quel type d'anglais écoutez/entendez vous?

- [ ] communication professionnelle en congrès
- [ ] TV, films...
- [ ] discussion non professionnelle avec des anglophones
- [ ] radio, podcasts...

Etes-vous amené à parler en anglais? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui, à quelle fréquence?

- ◯ quotidienne
- ◯ hebdomadaire
- ◯ mensuelle
- ◯ trimestrielle
- ◯ semestrielle

Si oui, dans quel contexte?

- [ ] en congrès avec des collègues
- [ ] en congrès lors d'une communication scientifique
- [ ] dans votre pratique professionnelle
- [ ] dans votre vie privée
- [ ] lors de cours à la faculté (formation initiale, continue)

Avez-vous déjà été confronté à un patient ne parlant pas français/votre langue maternelle? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui, à quelle fréquence? *

- ◯ Quotidienne
- ◯ hebdomadaire
- ◯ mensuelle
- ◯ trimestrielle
- ◯ semestrielle

Si oui, dans quelle langue avez-vous communiqué? *

- ☐ français
- ☐ langue maternelle (hors français)
- ☐ anglais
- ☐ Other: _____

Submit

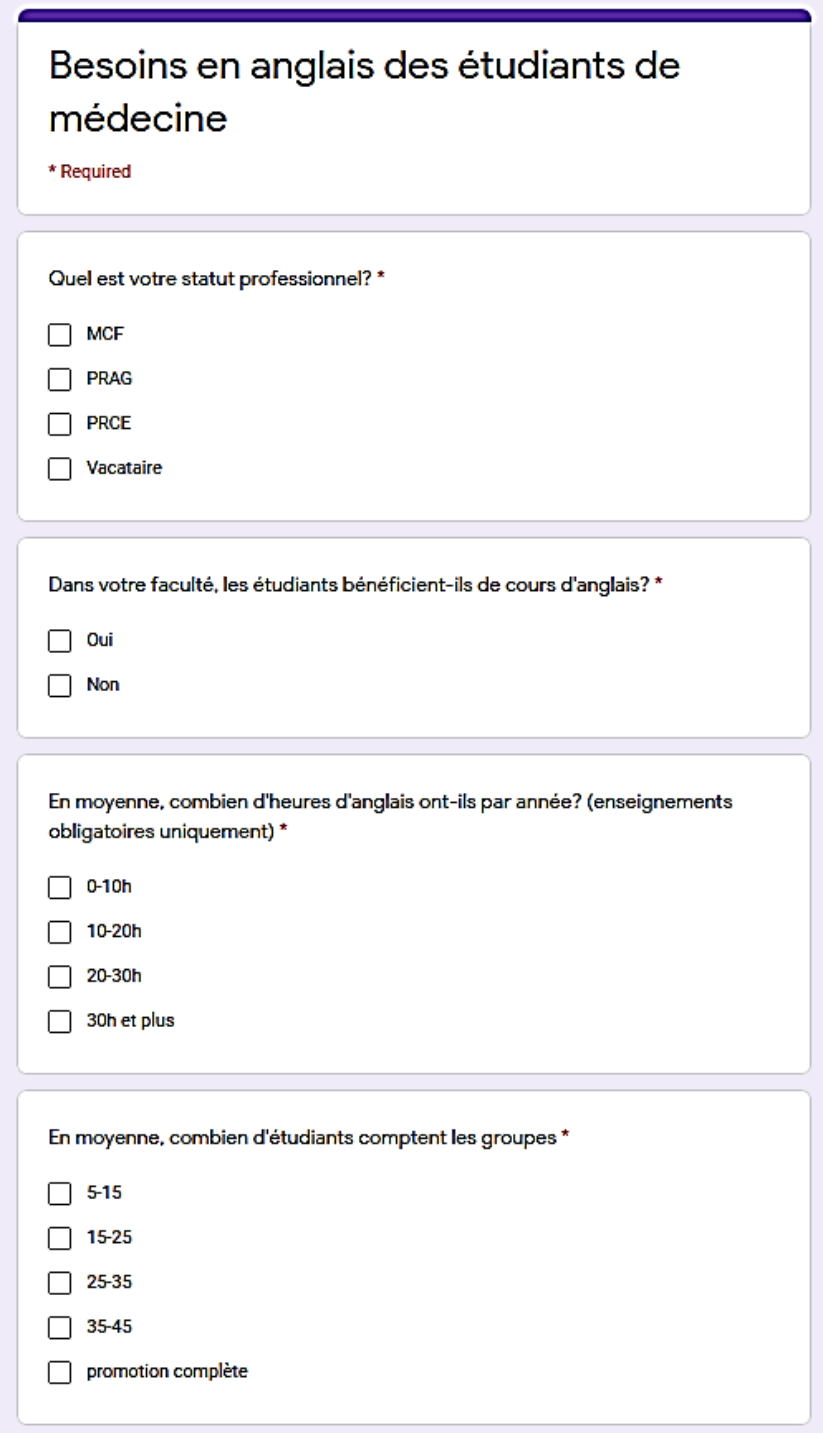
ANNEXE 5

Questionnaire sur les besoins en anglais (point de vue étudiants)

1 Année d'étude :	P2		P3	MM1	MM2
2 Objectif de carrière	généraliste		spécialiste	chercheur	
L'ANGLAIS & VOUS					
3 L'anglais est votre	LV1		LV2	Langue maternelle	
4 Quel est votre niveau d'anglais (1=faible / 5=excellent)	1	2	3	4	5
L'ANGLAIS À LA FACULTÉ DE MÉDECINE					
5 L'anglais enseigné doit être ?	général		médical	Les deux	
6 Quels aspects de l'anglais sont importants ? (ex : vocabulaire, …)					
7 Quels sont vos besoins concernant les cours d'anglais ? Entourez la/les réponses correspondante(s)	Interaction Compréhension orale écrite Expression orale écrite				
8 Quelles sont vos motivations concernant l'anglais ?					
9 Comment les profs pourraient-ils vous motiver davantage ?					
10 Lors de vos stages, avez-vous été confrontés à des patients ne parlant pas français ?				OUI	NON
11 Si oui, à quelle fréquence ?					
12 Si oui, en quelle langue avez-vous communiqué ?			anglais	Autre :	
EN DEHORS DE VOS ÉTUDES					
13 Etes-vous confrontés à l'anglais ?	OUI			NON	
14 Si oui, à quelle fréquence ?	1x/mois		1x/semaine		1x/jour
15 Si oui, dans quel contexte ?	Parent / ami anglophone		TV (film, série…)		Internet
	Lectures				

ANNEXE 6

Questionnaire sur les besoins en anglais (point de vue enseignants)



Besoins en anglais des étudiants de médecine

* Required

Quel est votre statut professionnel? *

- [ ] MCF
- [ ] PRAG
- [ ] PRCE
- [ ] Vacataire

Dans votre faculté, les étudiants bénéficient-ils de cours d'anglais? *

- [ ] Oui
- [ ] Non

En moyenne, combien d'heures d'anglais ont-ils par année? (enseignements obligatoires uniquement) *

- [ ] 0-10h
- [ ] 10-20h
- [ ] 20-30h
- [ ] 30h et plus

En moyenne, combien d'étudiants comptent les groupes *

- [ ] 5-15
- [ ] 15-25
- [ ] 25-35
- [ ] 35-45
- [ ] promotion complète

Connaissez-vous les textes ministériels concernant les études de médecine? *

- [ ] Tous
- [ ] Certains
- [ ] Aucun

Selon vous, l'anglais enseigné en faculté de médecine doit être: *

- [ ] général
- [ ] médical
- [ ] les deux

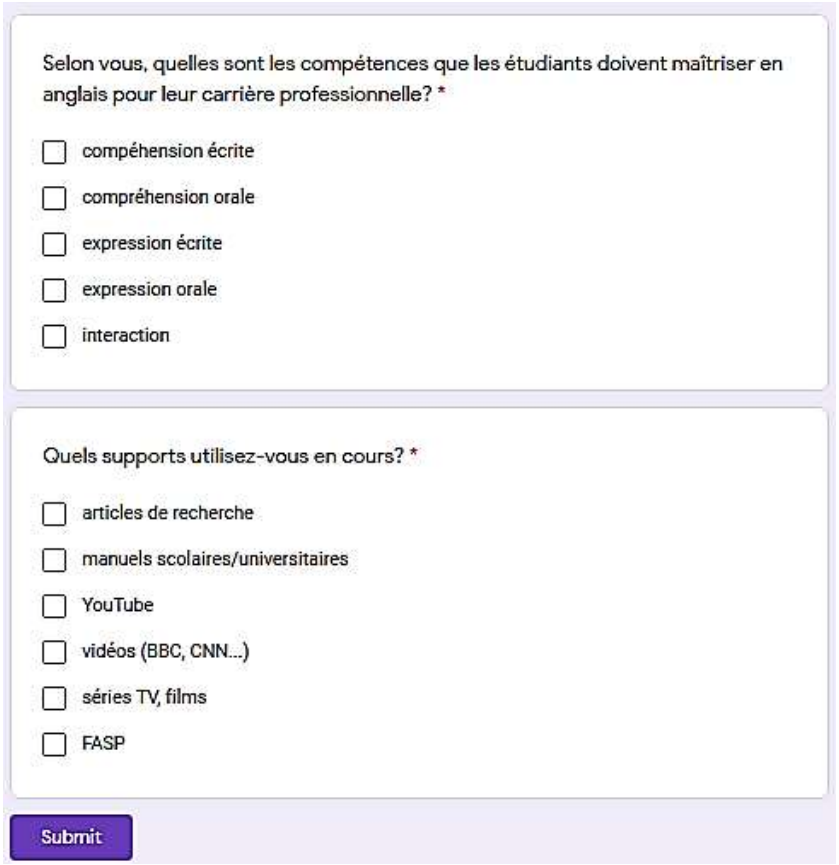
Selon vous, quels sont les points essentiels que les étudiants doivent maîtriser en anglais à la fin de leur cursus? *

- [ ] vocabulaire
- [ ] syntaxe
- [ ] consultation
- [ ] articles de recherche
- [ ] compréhension écrite
- [ ] compréhension orale

Selon vous, quelles sont les compétences que les étudiants doivent maîtriser en anglais pour leur réussite universitaire? *

- [ ] compréhension écrite
- [ ] compréhension orale
- [ ] expression écrite
- [ ] expression orale
- [ ] interaction

Annexe 6
Questionnaire sur les besoins en anglais (point de vue enseignants)


Selon vous, quelles sont les compétences que les étudiants doivent maîtriser en anglais pour leur carrière professionnelle? *

- [ ] compéhension écrite
- [ ] compréhension orale
- [ ] expression écrite
- [ ] expression orale
- [ ] interaction

Quels supports utilisez-vous en cours? *

- [ ] articles de recherche
- [ ] manuels scolaires/universitaires
- [ ] YouTube
- [ ] vidéos (BBC, CNN...)
- [ ] séries TV, films
- [ ] FASP

Submit

ANNEXE 7

Questionnaire sur l'intérêt des étudiants de médecine de Dijon sur la série *House, M.D.*

Dr HOUSE - TV show

questionnaire sur les habitudes des étudiants en DFGSM2&3 concernant la série TV HOUSE

* Required

Année d'étude *

- ◯ DFGMS2 (PCEM2)
- ◯ DFGSM3 (PCEM3)

Regardez-vous (avez-vous suivi) cette série ? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

Pour les étudiants en Médecine et d'un point de vue médical, pensez-vous qu'elle est : *

- ☐ divertissante
- ☐ intéressante
- ☐ instructive
- ☐ sans intérêt
- ☐ dangereuse

Travailler sur cette série pendant les cours d'anglais à la faculté vous intéresserait-il? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

Vous avez répondu OUI parce que :

- [ ] Travailler sur une série TV permet un travail différent et plus ludique
- [ ] Vous aimez cette série
- [ ] Vous pouvez apprendre grâce à cette série (médecine, culture, langue...)
- [ ] Other: _____

Vous avez répondu NON parce que:

- [ ] Une série TV n'est pas un outil d'apprentissage
- [ ] Vous n'aimez pas cette série / vous ne connaissez pas cette série
- [ ] Cette série comporte trop d'erreurs médicales
- [ ] Cette série pose des problèmes d'éthique
- [ ] Other: _____

Quelle utilisation de la série pourrait être faite pendant les cours d'anglais à la faculté ? *

- [ ] La prise en charge d'un patient (admission, antécédents du patient)
- [ ] L'étude des symptômes puis la recherche de diagnostic et le traitement du patient
- [ ] L'apprentissage de termes médicaux
- [ ] L'éthique médicale
- [ ] Other: _____

Submit

Page 1 of 1

ANNEXE 8

Pré- et post-test

LANGUAGE CHECK

1. Where is this body part located?

	ARM	HAND	LEG	FOOT	TORSO	HEAD
Calf						
Chin						
Navel						
Sole						

2. Explain the following acronyms

A&E		OTC		STI	

3. Find the odd one out

aching bleeding nagging throbbing
hand kidney spleen liver
improve get better recover relapse

4. Find the word that connects the four from the list

Transplant + rate + failure + disease =
Clot + sugar + donor + pressure =

5. Match medical terms from column 1 with words or definitions from column 2

1	Dyspnea	A	Muscle pain
2	Edema	B	Numbness
3	Myalgia	C	Shortness of breath
4	Paresthesia	D	Swelling

6. Fill in the dialogue using only questions

D: _____?
P: the pain is right here.
D: _____?
P: it's a sharp, stabbing pain, It's like a knife.
D: _____?
P: if I take a deep breath or I cough, it's really bad.
D: _____?
P: for about 25 years.
D: _____?
P: almost two packs a day.
D: _____?
P: no, I am not a drug user!

7. Look at the patient's vital signs below and answer the questions

T	P	RR	BP
39.1	92	20	160/80

T = / P= / RR= / BP=
The unit of measurement for P is:
The unit of measurement for RR is:
The correct way to read BP is:

- One hundred and sixty out of eighty
- One sixty over eighty
- Sixteen eight

ANNEXE 9

Questionnaire de satisfaction de fin de semestre

RÉPARTITION ÉTUDIANTS / ANNÉE D'ÉTUDE :

	P1 n=31	P2 n=33	P3 n=31
DFGSM2 (%)	11 (35,48)	13 (39,39)	12 (38,71)
DFSGM3 (%)	15 (48,39)	14 (42,42)	15 (48,39)
DFGSP2 (%)	1 (3,23)	3 (9,09)	3 (9,68)
MA (%)	4 (12,90)	3 (9,09)	1 (3,23)

AVANT DE SUIVRE LE MODULE :

Comment avez-vous connu le module ?

	P1 n=31	P2 n=33	P3 n=31
Ami(e)s / bouche à oreille (%)	9 (29,03)	11 (33,33)	9 (29,03)
Livret de rentrée / liste d'options sur l'ENT (%)	6 (19,35)	9 (27,27)	9 (29,03)
Pas de réponse (%)	1 (3,23)	1 (3,03)	
Séminaire de présentation des options (%)	15 (48,39)	14 (42,42)	16 (51,61)

Pourquoi avez-vous choisi ce module ?

	P1 n=31	P2 n=33	P3 n=31
Aime l'anglais (%)	5 (16,13)	11 (33,33)	10 (32,26)
Apprendre à faire une consultation en anglais (%)		3 (9,09)	1 (3,23)
Apprendre davantage d'anglais médical (%)	2 (6,45)		
Apprendre du vocabulaire médical (%)			1 (3,23)
Conseils d'autres étudiants (%)			1 (3,23)
Faire un stage à l'étranger (%)	7 (22,58)	9 (27,27)	6 (19,35)
Maintenir le niveau d'anglais (%)		1 (3,03)	
Par absence de choix (%)			1 (3,23)
Par facilité (%)	1 (3,23)	1 (3,03)	
Par intérêt (%)			1 (3,23)
Pour son utilité pour la pratique professionnelle (%)	2 (6,45)		

Pratiquer davantage l'anglais (%)	2 (6,45)		5 (16,13)
Pratiquer davantage l'anglais oral (%)			1 (3,23)
Prendre confiance à l'oral (%)		2 (6,06)	
Progresser en anglais / Améliorer le niveau d'anglais (%)	17 (54,84)	13 (39,39)	9 (29,03)

Quels étaient vos objectifs en vous inscrivant ?

	P1 n=31	P2 n=33	P3 n=31
Acquérir des connaissances médicales (%)		2 (6,06)	
Apprendre du vocabulaire médical (%)	7 (22,58)	4 (12,12)	11 (35,48)
Entretenir le niveau d'anglais (%)	3 (9,68)		1 (3,23)
Faire une consultation en anglais (%)	5 (16,13)	4 (12,12)	5 (16,13)
Pas de réponse (%)	1 (3,23)		
Pratiquer davantage d'anglais (%)	4 (12,90)	2 (6,06)	2 (6,45)
Progresser en anglais / Améliorer le niveau d'anglais (%)	19 (61,29)	16 (48,48)	18 (54,55)
Travailler la compréhension orale (%)		2 (6,06)	
Travailler l'expression orale (%)		10 (30,30)	5 (16,13)

Quelles étaient vos motivations en vous inscrivant ?

	P1 n=31	P2 n=33	P3 n=31
Acquérir des connaissances pour la pratique professionnelle (%)		1 (3,03)	4 (12,90)
Aime l'anglais (%)	1 (3,23)		
Apprendre du vocabulaire médical (%)	3 (9,68)	4 (12,12)	
Avoir plus d'heures d'anglais (%)			4 (12,90)
Faire un stage à l'étranger (%)	5 (16,13)	7 (21,21)	5 (16,13)
Faire une consultation en anglais (%)	1 (3,23)	2 (6,06)	
Petit groupe (%)		1 (3,03)	
Progresser en anglais / Améliorer le niveau d'anglais(%)	7 (22,58)	5 (15,15)	5 (16,13)
Travailler davantage la compréhension orale (%)			1 (3,23)
Travailler davantage l'expression orale (%)	8 (25,81)	6 (18,18)	3 (9,68)

ANNEXE 9
Questionnaire de satisfaction de fin de semestre

Sur une échelle de 1 (faible) à 10 (fort), comment évaluiez-vous votre niveau d'anglais avant le module ?

	P1 n=31	P2 n=33	P3 n=31
1 (%)			
2 (%)	2 (6,45)	1 (3,03)	
3 (%)	2 (6,45)	3 (9,09)	2 (6,45)
4 (%)	3 (9,68)	1 (3,03)	1 (3,23)
5 (%)	8 (25,81)	7 (21,21)	8 (25,81)
6 (%)	10 (32,26)	9 (27,27)	11 (35,48)
7 (%)	3 (9,68)	9 (27,27)	9 (29,03)
8 (%)	2 (6,45)	2 (6,06)	
9 (%)	1 (3,23)		
10 (%)		1 (3,03)	

Regardiez-vous des séries/films en anglais ?

	P1 n=31	P2 n=33	P3 n=31
Oui (%)	23 (74,19)	26 (78,79)	23 (74,19)
Non (%)	8 (25,81)	7 (21,21)	8 (25,81)

CONCERNANT LE MODULE :

Veuillez indiquer votre degré de satisfaction pour les différents critères mentionnés sur l'échelle de 1 à 4 (1 étant le moins satisfait et 4 le plus satisfait)

P1 (n=31)					
ÊTES-VOUS…	1	2	3	4	Pas de réponse
D'un point de vue général (%)			14 (45,16)	17 (54,84)	
Charge horaire/semaine (%)		2 (6,45)	10 (32,26)	19 (61,29)	
Contenu des programmes (%)			14 (45,16)	17 (54,84)	
Pédagogie de l'enseignant (%)			5 (16,13)	26 (83,87)	
Utilisation des documents (%)			15 (48,39)	16 (51,61)	
Examen final (%)		1 (3,23)	15 (48,39)	11 (35,48)	4 (12,90)

P2 (n=33)					
ÊTES-VOUS…	1	2	3	4	Pas de réponse
D'un point de vue général (%)			12 (36,36)	21 (63,64)	
Charge horaire/semaine (%)			12 (36,36)	21 (63,64)	
Contenu des programmes (%)			9 (27,27)	24 (72,73)	
Pédagogie de l'enseignant (%)			7 (21,21)	26 (78,79)	
Utilisation des documents (%)			14 (42,42)	19 (57,58)	
Examen final (%)			14 (42,42)	11 (33,33)	8 (24,24)

P3 (n=31)					
ÊTES-VOUS…	1	2	3	4	Pas de réponse
D'un point de vue général (%)			17 (54,84)	14 (45,16)	
Charge horaire/semaine (%)		1 (3,23)	9 (29,03)	21 (67,74)	
Contenu des programmes (%)			12 (38,71)	19 (61,29)	
Pédagogie de l'enseignant (%)			7 (22,58)	24 (77,42)	
Utilisation des documents (%)			15 (48,39)	16 (51,61)	
Examen final (%)			13 (41,92)	8 (25,81)	10 (32,26)

	P1 (n=31)	P2 (n=33)	P3 (n=31)
Quels sont les points <u>positifs</u> de ce module ?			
Ambiance (%)	4 (12,90)		
Apprentissage de la consultation (%)	4 (12,90	8 (24,24)	4 (12,90)
Apprentissage médical (%)		2 (6,06)	
Axé sur l'oral (%)	12 (38,71)	2 (6,06)	1 (3,23)
Axé sur la compréhension et l'expression orale (%)	1 (3,23)		
Documents utilisés (%)		8 (24,24)	14 (45,16)
Enseignant (%)	4 (12,90)	9 (27,27)	
Interaction (%)	8 (25,81)	8 (24,24)	13 (41,94)
Intéressant (%)	2 (6,45)		1 (3,23)
Les pauses (%)		5 (15,15)	1 (3,23)

ANNEXE 9
Questionnaire de satisfaction de fin de semestre

Pas de devoir à la maison (%)		4 (12,12)	4 (12,90)
Pédagogie ludique (%)	4 (12,90)		6 (19,35)
Petit groupe (%)	5 (16,13)	7 (21,21)	5 (16,13)
Présentation powerpoint (%)			1 (3,23)
Tout en anglais (%)		1 (3,03)	
Travail en binôme (%)	2 (6,45)	10 (30,30)	3 (9,68)
Vocabulaire médical (%)	5 (16,13)	5 (15,15)	4 (12,90)
Quels sont les points négatifs de ce module ?			
Aucun	5 (16,13)		
Documents utilisés difficiles		1 (3,03)	
Examen	3 (9,68)		
Horaires	5 (16,13)	1 (3,03)	2 (6,45)
Manque de rebrassage	1 (3,23)		
Pas assez de compréhension	1 (3,23)		
Pas assez d'heures	2 (6,45)	1 (3,03)	1 (3,23)
Pas assez de travail en binôme		2 (6,06)	2 (6,45)
Pas assez de travail sur la médecine		1 (3,03)	
Pas utile en pharmacie		1 (3,03)	2 (6,45)
Présentation powerpoint	2 (6,45)	1 (3,03)	1 (3,23)
Répétitif		1 (3,03)	2 (6,45)
Salle / matériel		2 (6,06)	3 (9,68)
Travail en binôme	1 (3,23)	1 (3,03)	1 (3,23)
Trop de vocabulaire			1 (3,23)
Trop dense	1 (3,23)		

Évaluez ce que ce module vous a permis de faire en utilisant l'échelle de 1 à 4 (1étant le plus faible, 4 le plus fort)

P1 (n=31)				
	1	2	3	4
Travailler/Améliorer la compréhension orale (%)		11 (35,48)	17 (54,84)	3 (9,68)
Travailler/Améliorer l'expression orale (%)	1 (3,23)	6 (19,35)	20 (64,52)	4 (12,90)
Travailler/Améliorer votre accent (%)	4 (12,90)	19 (61,29)	6 (19,35)	2 (6,45)
Vous sentir plus à l'aise à l'oral (%)	2 (6,45)	16 (51,61)	11 (35,48)	2 (6,45)
Apprendre du vocabulaire courant (%)		8 (25,81)	16 (51,61)	7 (22,58)
Apprendre du vocabulaire médical (%)		1 (3,23)	17 (54,84)	13 (41,94)
Apprendre des expressions courantes (%)	1 (3,23)	10 (32,26)	15 (48,39)	5 (16,13)
Apprendre des expressions médicales (%)		4 (12,90)	16 (51,61)	11 (35,48)
Savoir communiquer avec des patients étrangers (%)	2 (6,45)	4 (12,90)	17 (54,84)	8 (25,81)
Approfondir vos connaissances médicales (%)	2 (6,45)	16 (51,61)	10 (32,26)	3 (9,68)

P2 (n=33)				
	1	2	3	4
Travailler/Améliorer la compréhension orale (%)		12 (36,36)	19 (57,78)	2 (6,06)
Travailler/Améliorer l'expression orale (%)		6 (18,18)	24 (72,73)	3 (9,09)
Travailler/Améliorer votre accent (%)	4 (12,12)	19 (57,58)	9 (27,27)	1 (3,03)
Vous sentir plus à l'aise à l'oral (%)	3 (9,09)	11 (33,33)	13 (39,39)	6 (18,18)
Apprendre du vocabulaire courant (%)	1 (3,03)	16 (48,48)	10 (30,30)	6 (18,18)
Apprendre du vocabulaire médical (%)			17 (51,52)	16 (48,48)
Apprendre des expressions courantes (%)	1 (3,03)	19 (57,58)	9 (27,27)	4 (12,12)
Apprendre des expressions médicales (%)		2 (6,06)	13 (39,39)	18 (54,55)
Savoir communiquer avec des patients étrangers (%)	1 (3,03)	6 (18,18)	19 (57,78)	7 (21,21)
Approfondir vos connaissances médicales (%)	2 (6,06)	22 (66,67)	7 (21,21)	2 (6,06)

ANNEXE 9
Questionnaire de satisfaction de fin de semestre

P3 (n=31)				
	1	2	3	4
Travailler/Améliorer la compréhension orale (%)		11 (35,48)	19 (61,29)	1 (3,23)
Travailler/Améliorer l'expression orale (%)		7 (22,58)	22 (70,97)	2 (6,45)
Travailler/Améliorer votre accent (%)	1 (3,23)	19 (61,29)	10 (32,26)	1 (3,23)
Vous sentir plus à l'aise à l'oral (%)	1 (3,23)	15 (48,39)	11 (35,48)	4 (12,90)
Apprendre du vocabulaire courant (%)		10 (32,26)	16 (51,61)	5 (16,13)
Apprendre du vocabulaire médical (%)			10 (32,26)	21 (67,74)
Apprendre des expressions courantes (%)		10 (32,26)	18 (58,06)	3 (9,68)
Apprendre des expressions médicales (%)		3 (9,68)	18 (58,06)	10 (32,26)
Savoir communiquer avec des patients étrangers (%)		4 (12,90)	18 (58,06)	9 (29,03)
Approfondir vos connaissances médicales (%)	1 (3,23)	18 (58,06)	11 (35,48)	1 (3,23)

Pensez-vous que ce module vous fait suffisamment travailler ? Entourez tous vos choix :
OUI, grâce à :

	P1 (n=31)	P2 (n=33)	P3 (n=31)
Enseignant et méthodes (%)	29 (93,55)	28 (84,85)	28 (90,32)
Facilité des exercices (%)	8 (25,81)	3 (9,09)	6 (19,35)
Explications claires (%)	23 (74,19)	28 (84,85)	27 (87,10)
Documents utilisés (%)	16 (51,61)	21 (63,64)	26 (83,87)
Facilité en anglais (%)	7 (22,58)	8 (24,24)	5 (16,13)
Forte motivation (%)	9 (29,03)	10 (30,30)	11 (35,48)

NON, à cause de :

	P1 (n=31)	P2 (n=33)	P3 (n=31)
Enseignant et méthodes (%)			
Difficultés des exercices (%)			
Difficultés en anglais (%)	5 (16,13)	4 (12,12)	6 (19,35)
Documents utilisés (%)	1 (3,23)		
Explications confuses (%)	2 (6,45)		
Faible motivation (%)	1 (3,23)		2 (6,45)

APRES AVOIR SUIVI CE MODULE :

Pensez-vous réutiliser ce que vous avez appris ?

	P1 (n=31)	P2 (n=33)	P3 (n=31)
Oui (%)	31 (100)	33 (100)	31 (100)
Non (%)			

Si oui, dans le cadre de :

	P1 (n=31)	P2 (n=33)	P3 (n=31)
Études (%)	27 (87,10)	29 (87,88)	26 (83,87)
Stages (%)	27 (87,10)	26 (78,79)	29 (93,55)
Carrière (%)	20 (64,52)	22 (66,67)	23 (74,19)
Vie personnelle (%)	15 (48,39)	19 (57,58)	12 (38,71)

Sur une échelle de 1 (faible) à 10 (fort), comment évaluez-vous votre niveau d'anglais après avoir suivi le module ?

	P1 (n=31)	P2 (n=33)	P3 (n=31)
1 (%)			
2 (%)			
3 (%)	1 (3,23)	1 (3,03)	
4 (%)	1 (3,23)	1 (3,03)	1 (3,23)
5 (%)	6 (19,35)	5 (15,15)	6 (19,35)
6 (%)	8 (25,81)	6 (18,18)	3 (9,68)
7 (%)	10 (32,25)	11 (33,33)	13 (41,94)
8 (%)	2 (6,45)	7 (21,21)	8 (25,81)
9 (%)	3 (9,68)	1 (3,03)	
10 (%)		1 (3,03)	

Regardez-vous des séries/films en anglais ?

	P1 (n=31)	P2 (n=33)	P3 (n=31)
Oui (%)	24 (77,42)	30 (90,91)	25 (80,65)
Non (%)	7 (22,58)	3 (9,09)	6 (19,35)

ANNEXE 10

Bilan personnel de fin de semestre

P1

Au début je me sentais vraiment perdu j'ai pris cette option pour améliorer mon anglais et aussi parce que je trouve que ça peut nous être utile en stage. Au fur et à mesure des cours j'ai trouvé que je comprenais mieux et que j'arrivais plus à m'exprimer. J'ai trouvé bien de faire des exposés mais si je trouve qu'il n'y a pas assez de sujets pour les sages femmes. J'ai pu apprendre plein de vocabulaire et j'ai trouvé bien aussi les compréhension orale car j'ai du mal à comprendre avec l'accent.

J'ai beaucoup apprécié car en étant en deuxième année c'est la première fois qu'on aborde dans sa totalité la consultation médicale. Le fait que les sujets abordés fasse l'écho au cours suivi dans l'enseignement est bien appréciable on comprend mieux de quoi il s'agit. Peut-être qu'il faudrait faire plus de retour sur nos erreurs. Par exemple lors des présentations orales que le retour soit instantané quand c'est frais dans notre tête on réalise mieux ce qui est faux. Peut-être que les saynètes faites en classe devrait systématiquement être corrigé afin de ne pas répéter les mêmes erreurs, car entre nous n'avons pas l'expertise de la langue pour corriger nos collègues. Les vidéos étaient très agréable.

L'anglais consultation permet de voir un côté pratique et complet de la médecine, d'être dans des conditions quasi réel. Les documents aident bien à visualiser comment on doit faire une consultation et quel vocabulaire utilisé. Cette option est utile que ce soit pour la pratique de l'anglais pour s'entraîner à faire une consultation comme on devra le faire. Je pense par contre une correction à l'oral des erreurs après la présentation serait utile pour qu'on apprenne pas des choses fausses.

L'organisation des différents cours autour de chaque étape de la consultation permet de bien comprendre chaque situation. Cela permet aussi d'apprendre beaucoup de vocabulaire. Le seul point négatif serait les séances de 2h qui sont peut-être un peu long peut-être que des cours de deux heures serait mieux.

Bon programme qui reprend les pathologies essentielles. Bien de pouvoir s'entraîner à la fin de chaque cours à l'oral. Bonne ambiance générale. Moins bien : plus de temps de préparation pour les présentations, peut-être rajouter une leçon de grammaire pour pratiquer.

Utile de s'entraîner chaque séance à poser les questions. Beaucoup d'oral aide à progresser et c'est ce qui est le plus utile dans notre pratique future et non l'écrit.

Ce que j'ai apprécié : c'est concret, adapter à des situations réelles.

Point positif : les écoutes audio à tous les cours, les différents textes à la fin des cours pour connaître les structures, les présentations de début de cours pour s'entraîner à parler en anglais devant un public et pour connaître les différentes maladies même si c'est un moment stressant à passer cela m'a bien aidé à progresser, vocabulaire donnée à la fin du cours très riche. Point négatif : manque de temps pour bien comprendre les textes, lors des entraînements pour l'examen on manquait un peu de temps pour s'entraîner. Merci pour cette année.

J'ai trouvé cette option intéressante car elle m'a permis d'améliorer mon anglais d'une part après deux ans sans entraînement on perd très vite sa facilité à l'oral et d'autre part d'approcher encore un peu plus le monde médical d'une autre façon que de simples cours à apprendre mais d'une façon plus ludique. C'est très intéressant de pouvoir se mettre des maintenant à la place du médecin et se faire une petite idée du déroulement de la consultation. Cela nous pousse aussi à parler devant tout le monde ce qui peut être très stressant.

Bonne option, très intéressante et enrichissante.

Une très bonne option qui me semble très utile pour notre cursus. Cela m'a permis d'améliorer mon anglais médical. Les présentations à l'oral permettent de devenir plus à l'aise, nous entraîne à parler face à un public. Améliorer les connaissances sur les maladies. Les petits extraits audio et vidéo rendre l'option plus dynamique. Bonne ambiance. Les travaux en groupe sont bien pour la pratique.

I am one of those people who think learning a language in the classroom will never be effective, however this class helps a lot with the specific vocabulary. The most interesting part was listening to the documents and tried to fill the blanks because that's how I memorised the words better and how they were used. I believe having this class for two semesters instead of just one would be better as it is too short. We still need a lot of vocabulary and couldn't see a lot of diseases.

Bonjour, Tout d'abord je voulais encore vous remercier pour le super semestre que l'on a passé avec vous en option Consultation! C'était vraiment sympa et je crois que tout le monde sera d'accord pour vous le dire. Sinon vous nous aviez demandé de vous dire, quels étaient les points positifs et négatifs de votre option, ce qui, selon nous, pouvaient être améliorés. Franchement je ne vois aucun point négatif, j'ai vraiment trouvé votre cours génial, très vivant et vous êtes une excellente prof! A la rigueur, pour pinailler un peu, je vous dirai d'ajouter au vocabulaire de fin de séance les questions indispensables pour la consultation. Et encore, elles étaient souvent déjà notées sur les formulaires que vous nous donniez...En points positifs, je retiens surtout la petite vidéo humoristique de mi-séance pour se reconcentrer et être attentif l'heure qui suivait (très efficace!), les petits rappels sur le nom des différentes parties du corps humain et de la tête avec les petits bonhommes, la mise en pratique par groupe de 2 avec les questions que nous venions juste de voir (surtout celui pour annoncer un diagnostic!) et les points bonus qui nous poussaient à bien participer. Je crois que je vous ai tout dit! Je vous souhaite de bonnes vacances et peut être à l'année prochaine!

P2

Huge fan of series doctor house is in my heart

Cette option m'a permis d'avoir un premier aperçu d'une consultation en P2 on a aucun cours dessus et ça permet de réellement rentrer dans le domaine médical. Non seulement ça permet d'apprendre les questions à poser, la conduite à tenir etc. en anglais mais ça va aussi servir en français. Les cours sont ludiques, interactif est intéressant ce qui rend l'enseignement très agréable : les vidéos sur lesquelles on travaille, la petite pause du milieu, les entraînements, vos blagues rendent l'option top. Je reconnais cependant que 2h c'est long mais nécessaire. Concernant les exposés ça nous entraîne à l'oral mais je pense qu'il serait judicieux de pouvoir vous rendre un support écrit. Merci pour ce semestre.

L'option était vraiment très bien, utile surtout en comparaison avec l'option mobilité. Support nombreux et complet pour apprendre plus de vocabulaire médical qu'en anglais normal, l'option est beaucoup plus exhaustive. Encadrement et très bonne organisation de chaque séance. Extrait vidéo en VO qui fait découvrir des séries et permet de s'entraîner. Au départ la première séance, j'ai eu peur de devoir faire un exposé et du type d'examen, mais au fil des séances l'exposé fait un bon entraînement sans trop de pression car tout le monde passe devant tout le monde. Par contre, les sujets ne sont pas toujours très approfondis et les erreurs orale et écrite sur le diaporama ne sont pas forcément soulignées devant tous après l'exposé. Pour l'examen final on est très bien préparé avec la séance d'entraînement qui permet de savoir ce qui nous attend et le support écrit du docteur à remplir. Je suis très satisfaite.

Au début j'étais un peu perdu car je suis pas à l'aise à l'oral. Mais ce cours m'a permis de mieux appréhender l'oral et j'ai bien aimé le fait qu'on soit en petit groupe. Le seul petit bémol que je pourrais souligner c'est que je suis une sage-femme.

Cette option m'a permis de moins appréhender la prise de parole en public que ce soit en anglais ou non. De plus ça m'a permis d'être plus à l'aise et de m'améliorer en anglais. Merci pour vos cours

Le format de 2 heures pour l'option est assez bien. Quantité de choses à apprendre énorme mais nécessaire. Peut-être insister sur les parties à maîtriser et non connaître seulement à chaque cours. Passage oral avec beaucoup d'appréhensions mais ça s'est plutôt bien Merci. Je ne regrette pas de l'avoir pris car cela me permet d'avoir une demande une démarche assez procédurière en vue de mes futurs stages à l'hôpital 10/10.

Positif : déroulement du cours, vocabulaire, compréhension, pratique, apprentissage ludique, extrait vidéo de série, un cours = une étape de la consultation, présentation orale d'une maladie. Négatif : séance de deux heures un peu long.

C'est bien que ce soit que de l'oral et pas de l'écrit. Il faudrait pouvoir s'entraîner plus. Des vidéos qui nous montre ce qu'il faut faire et ne pas faire sont utiles.

Le cours a permis d'enrichir notre vocabulaire ce qui va nous aider dans notre futur métier, ambiance toujours agréable, favorise la participation à l'oral.

Point positif : compréhension orale, extrait de série, présentation orale, texte écrit enfin de compréhension, vocabulaire expliquer.

Une option très intéressante qui offre des bonnes bases pour conduire une consultation en anglais. Permet un apprentissage variés et complet du vocabulaire et des spécificités propres à une consultation médicale. Judicieux est utile dans l'optique future effectuer éventuellement un stage dans un pays anglo-saxons pour progresser encore. Cours dynamique, vivant est interactif. Professeur pédagogue apportant des conseils pertinents. Option vivement conseillé

Les cours étaient très bien, l'option est très intéressante. Mais on a l'impression de ne pas du tout avoir le niveau quand on voit les autres étudiants. J'ai eu des difficultés à suivre le cours par moment car un peu rapide. Et je pensais que tout le monde venait pour améliorer son anglais et apprendre alors que la plupart connait déjà presque tout ou presque. C'est très frustrant comme situation parce que l'on n'a pas l'impression d'être à notre place. Mais cette option est quand même à prendre pendant notre cursus.

Le cours est intéressant, il y a une bonne ambiance et m'a permis de vraiment mieux me rendre compte de ce à quoi une consultation en anglais ressemble, ce qui me sera forcément utile. Par contre je trouve qu'on ne pratique peut-être pas assez et on n'a pas assez l'occasion de parler. Peut-être un peu moins de compréhension orale et faire plus d'oral, par exemple passer deux par deux devant le groupe plutôt que chacun en même temps on se concentrerait plus.

P3

I loved the fact that it was a lot of oral practice which I always miss in any kind of English lesson. Thank you for being that energetic motivated and smiling all the time. This module is very useful for our medical practice because it helps us to structure the way we lead in consultation. You're not allowed to tease us with series extracts in that way this is so frustrating but okay I loved that you use them to illustrate your lessons this was huge

Positive things : vocabulary, we learn a lot of expressions of specific words, listening to TV shows in English, speaking. Negative things: repetitive classes, sometimes we speak about

subjects and then we move on, I think that for long-term memory we need to repeat more the vocabulary.

I really loved this class. Usually I don't like to go to class but this option was an exception! positive: the humour, the fun of the class, the teacher was really fun, fun videos, use of videos, papers really clear, a lot of things learned: vocabulary, sentences. Negative: presentation of disease is a bit long and too difficult to take everything in notes. It will clearly help me in my future practice as a doctor. I learnt a lot of vocabulary, sentences and I even used it one week ago with a patient who only speaks English. The doctor with me didn't know how to do, he was afraid so I did all the consultation in English. Thank you for your understanding and your smile.

J'ai trouvé les cours bien organisé surtout comparé à l'option anglais mobilité que j'ai pris au premier semestre. On pratique beaucoup à l'oral ! On apprend beaucoup de vocabulaire utile au fur et à mesure des cours. J'ai vraiment adoré tous les extraits vidéo qui venait appuyer les sujets vus en cours et nous divertir. Je pense avoir si ce n'est progresser au moins maintenu mon niveau d'anglais ce semestre ce qui est très difficile en étant en médecine même en venant d'une section euro. Merci à vous, super option !

Bon concept dans l'ensemble, juste peut-être que ce n'est pas très utile d'avoir tous les scripts à chaque séance sinon rien de particulier.

J'ai trouvé cette option très intéressante et très riche en terme de vocabulaire et de tournure linguistique. La qualité pédagogique de l'enseignement est très satisfaisante, une bonne animation des cours qui sont vivants et interactif. J'aurais aimé faire encore plus de pratique orale et un peu moins de compréhension orale. Dans l'ensemble je ne regrette pas d'avoir pris cette option et suis très satisfait. Je recommande pour toute personne souhaitant s’améliorer en anglais.

Point positif : très bonne organisation dans l'ordre d'une consultation, explications et démarche claire, très utile dans notre vie d'étudiant en médecine surtout lorsqu'il y a des patients étrangers dans le service et que nous sommes capables de faire un examen clinique en anglais devant l'interne, merci. Point négatif : peut-être que le nombre de support papier est un peu trop élevé on a tendance à se perdre, les scripts venant des vidéos sont peut-être de trop les phrases clés et vocabulaire serait suffisant.

C'était bien mais le fait de devoir présenter des maladies devant toute la classe sans retravailler les maladies après ça m'a un peu déçu. Néanmoins sur l'aspect oral en continu et en regardant des séries en anglais j'ai trouvé cela intéressant dans cette option, j'ai pu améliorer mon vocabulaire et ma diction.

Cette option m'a permis d'avoir des informations précises sur une consultation que nous ne voyons même pas en cours normaux et également apporter des connaissances sur des maladies inconnues. Au niveau de l'anglais, j'ai trouvé les cours beaucoup plus concrets que l'anglais du tronc commun car appliquer notre futur métier donc plus intéressant. L'application à travers les séries est vraiment bien. Je pense que ce serait encore plus intéressant pour les présentations au cours du semestre de les mettre sous forme de consultation, c'est-à-dire présenter la maladie grâce à un échange médecin patient (donc préparer à deux) pour encore plus nous pousser à adopter le bon vocabulaire.

Point positif : basé sur des séries qu'on connaît tous, approche globale de la consultation médicale dans tous ses aspects, bon pratique durant tout le semestre à l'oral. Négatif je pense que nous présenter une vidéo de tout ce que vous attendez précisément de nous serait intéressant pour l'oral final, pas beaucoup d'apport et de correction sur notre anglais personnel.

ÉVALUATION FINALE

ANNEXE 11

Cas cliniques créés pour l'évaluation finale

1 : MARIA BANKS

FIRST NAME : MARIA LAST NAME: BANKS
PHONE : FAMILY DOC:

DIET : GLUTEN SALT SUGAR LACTOSE VEGAN

SYSTEM	DURAT. / TIME	TTT	POINTS OF INTEREST
GI			

FAMILY MEMBER	CANCER	CARDIO VASCULAR DISEASE	PULMONARY DISEASE	MENTAL ILLNESS	CVA	OTHERS	CAUSE OF DEATH	AGE OF DEATH
FATHER								
MOTHER								

ACHES & PAINS

head	abdomen	teeth	eyes	
chest	muscle	neck	loin	back

GENERAL SYMPTOMS

malaise	weakness	fatigue	drowsiness	insomnia
anorexia	nausea	vomiting	wt loss	heartburn
fever			chills	sweat
numbness	tingling	swelling		
bleeding	rash	bruising		

GI

	DURATION	TREATMENT	FREQUENCY
Feces			
Diarrhoea/Constip			

VITAL SIGNS

T: 37.2	P:68	RR:14	BP:120/80

CLINICAL EXAM

	INSPECTION	AUSCULTATION	PALPATION	PERCUSSION
GI	*0*	*0*	*Masses (right part abdomen) Tenderness*	*0*

COMPLEMENTARY EXAMS: blood test (FBC + haemoglobin) + colonoscopy + biopsy
DIAGNOSIS: colon cancer
TTT: surgery : colonectomy

2: CHRIS CROSS

FIRST NAME : CHRIS LAST NAME: CROSS
GENDER : M F DOB : / / AGE :
BIRTH PLACE : NATIONALITY:
MARITAL STATUS: MAR. SING. DIV. SEP. WID.
FAMILY DOC:
SOCIAL SEC.:
NEXT OF KIN: Mr Ms Mrs

GENERAL SYMPTOMS

malaise	weakness	fatigue	drowsiness	
anorexia	nausea	vomiting	wt loss	heartburn
Fever:			chills	sweat
numbness	tingling	swelling		
bleeding	rash	bruising		

DURATION:_____
ONSET:_____
RELIEVING/EXACERBATING FACTORS:_____

RS

- Cough: productive dry tickly
- Sputum: Y / N colour: _____ blood:
- Onset / Duration:_____ ttt:

	ONSET/DURATION	TREATMENT	TRIGGER

VITAL SIGNS

T:38.4	P:74	RR:20	BP:130/70

CLINICAL EXAM

	INSPECTION	AUSCULTATION	PALPATION	PERCUSSION
RS	*Dyspnea* *Cough*	*Crackles*	*0*	*Dullness*

COMPLEMENTARY EXAMS: lung X-ray
DIAGNOSIS: pneumonia
TTT: antibiotics : 1 tab tid 1month
doliprane (reduce fever + relieve myalgia) : 1 tab qqh when needed
follow-up : 3 days later

3: JESSICA TAUB

FIRST NAME : JESSICA LAST NAME: TAUB
GENDER : M F DOB : / / AGE :

DIET : GLUTEN SALT SUGAR LACTOSE VEGAN

Diabetes HBP Asthma ttt:

ALLERGIES

TYPE	LIST	REACTION
FOOD		
MEDICATION		
INSECT		
POLLEN		

FAMILY HISTORY

FAMILY MEMBER	CANCER	HEART DISEASE	LUNG DISEASE	MENTAL ILLNESS	STROKE	OTHER	CAUSE OF DEATH	AGE OF DEATH
FATHER								
MOTHER								

GENERAL SYMPTOMS

malaise	weakness	fatigue	drowsiness	insomnia
anorexia	nausea	vomiting	wt loss	heartburn
fever :			chills	sweat

GI

	DURATION	TREATMENT	FREQUENCY
Feces			
Diarr/Constip			

VITAL SIGNS

T:36.9	P:70	RR:15	BP:120/80

CLINICAL EXAM

	INSPECTION	AUSCULTATION	PALPATION	PERCUSSION
GI	*Distension*	*Sounds*	*Tenderness* *Guarding*	*0*

COMPLEMENTARY EXAMS: blood test (FBC + haemoglobin + CRP) + colonoscopy + biopsy
DIAGNOSIS: Crohn's disease
TTT: Prednisone (corticosteroids) : 1p po od – 4 months

4: JIMMY KEEN

FIRST NAME : JIMMY LAST NAME: KEEN
GENDER : M F DOB : / / AGE :
BIRTH PLACE : NATIONALITY:

OCCUPATIONAL HISTORY

DATE	EMPLOYER	POSITION SPECIFIC DUTIES	MAJOR EXPOSURE	PROTECTIVE EQUIPMENT

SOCIAL HISTORY

	FREQUENCY	AMOUNT	TYPE	SAFETY
TOBACCO				
PHY. ACTI.				

CHILDHOOD DISEASES

- Bronchiolitis
- Jaundice
- Roseola
- Measles
- Mumps
- Rubella
- Scarlet fever
- Whooping cough
- Chickenpox

CONSTITUTIONAL

- Weight loss / gain
- Loss of appetite
- Sense of ill feeling
- Fatigue

CARDIOVASCULAR

- Chest pain / tightness
- Abnormal beats / rhythm

RS

- Cough: productive dry tickly
- Sputum: Y / N colour: blood:
- Onset / Duration: ttt:

	ONSET/DURATION	TREATMENT	TRIGGER

CVS

	ONSET/DURATION	TREATMENT	TRIGGER

VITAL SIGNS

T:37.3	P:92	RR:19	BP:130/70

COMPLEMENTARY EXAM: functional expiratory test
DIAGNOSIS: asthma
TTT: Ventolin : 1 spray when attack
Inhaled steroids (chronic ttt): 1 spray od
Nicopatch: 21mg (1patch/d – 1month) / 14mg (1p/d – 1m) / 7mg (1p/d – 1m)

5: MARK THOMPSON

FIRST NAME : MARK LAST NAME: THOMPSON
GENDER : M F DOB : / / AGE :
BIRTH PLACE : NATIONALITY:
BLOOD GROUP: Rh :
ORGAN DONOR : YES NO

PAST MEDICAL HISTORY
Diphtheria/Pertussis/Tetanus (DTP) / /
Measles, Mumps, Rubella (MMR) / /
Varicella (chickenpox) / /

DIET: GLUTEN SALT SUGAR LACTOSE VEGAN

SOCIAL HISTORY

	FREQUENCY	AMOUNT	TYPE	SAFETY
TOBACCO				
ALCOHOL				
PHYSICAL ACTIVITY				

GENERAL SYMPTOMS

malaise	weakness	fatigue	drowsiness	
anorexia	nausea	vomiting	wt loss	heartburn
Fever:			chills	sweat
numbness	tingling	swelling		
bleeding	rash	bruising		

CVS

	ONSET/DURATION	TREATMENT	TRIGGER
Ht irregularity			
Tachy/bradycardia			

VITAL SIGNS

T:37.3	P:101	RR:13	BP:180/90

CLINICAL EXAM

	INSPECTION	AUSCULTATION	PALPATION	PERCUSSION
RS	*0*	*0*	*0*	*0*
CVS	*0*	*Tachycardia*	*0*	*0*

COMPLEMENTARY EXAM: urine sample + blood test (kalaemia, glycaemia, cholesterol) + ECG
DIAGNOSIS: HBP
TTT: Peradopril 4mg : 1 tab od
Adapt diet (salt, diet) + Physical activity
Second consultation: check BP again to confirm

6: KAREN GREEN

FIRST NAME : KAREN LAST NAME: GREEN
GENDER : M F DOB : / / AGE :
Contraception: Type: Duration:
Pregnancies: Parity: Children: Delivery type:
STD/STI: Date: ttt:
Menstruations: Last: Regularity:

SPECIFIC HEALTH PROBLEMS

SYSTEM	DURATION / TIME	TTT	POINTS OF INTEREST
CNS			
CVS			
RS			
GI / GU			

PREVIOUS HOSPITALIZATION
Date: / / Reason:

SOCIAL HISTORY

	FREQUENCY	AMOUNT	TYPE	SAFETY
TOBACCO				
ALCOHOL				
DRUGS				
SEX INTERC				

GENERAL SYMPTOMS

malaise	weakness	fatigue	drowsiness	insomnia
anorexia	nausea	vomiting	wt loss	heartburn
Fever:			chills	sweat

CONSTITUTIONAL
- Weight loss / gain
- Loss of appetite
- Sense of ill feeling
- Fatigue

PSYCHIATRIC
- Depression
- Anxiety
- Anger
- Mood swings

VITAL SIGNS

T:37.2	P:74	RR:14	BP:120/90

PHYSICAL EXAMINATION

	INSPECTION	AUSCULTATION	PALPATION	PERCUSSION
GI	*Pallor*	*0*	*0*	*0*

DIAGNOSIS: post-partum depression
TTT: (breastfeeding -> no ttt) => REST

7: GEORGE GROOSE

FIRST NAME : GEORGE LAST NAME: GROOSE
GENDER : M F DOB : / / AGE :
BIRTH PLACE : NATIONALITY:
MARITAL STATUS: MAR. SING. DIV. SEP. WID.

PREVIOUS HOSPITALIZATION
Date: / / Reason:

ALLERGIES
Medication: Type: Reaction:
Food: Type: Reaction:

NEUROLOGIC
- Headache/migraine
- Numbness
- Tingling

PSYCHIATRIC
- Depression
- Anxiety
- Anger
- Mood swings

OCCUPATIONAL HISTORY

DATE	EMPLOYER	POSITION SPECIFIC DUTIES	MAJOR EXPOSURE	PROTECTIVE EQUIPMENT

FAMILY HISTORY

FAMILY MEMBER	CANCER	CARDIO VASCULAR DISEASE	PULMONARY DISEASE	MENTAL ILLNESS	CVA	OTHERS	CAUSE OF DEATH	AGE OF DEATH
FATHER								
MOTHER								
SIBLINGS								

NEUROLOGICAL EXAM

ORIENTATION Year Season Month Date Time Country Town District Hospital Department	 /5 /5
REGISTRATION Name 3 objects	 /3
ATTENTION AND CALCULATION Subtract 7 from 100.	 /5
RECALL Names of the 3 objects	 /3
LANGUAGE Name 2 objects Repeat "no ifs, …".	 /2 /1

DIAGNOSIS: Alzheimer's disease

8: TOM BENTO

FIRST NAME : TOM LAST NAME: BENTO
GENDER : M F DOB : / / AGE :
BIRTH PLACE : NATIONALITY:

FAMILY HISTORY

FAMILY MEMBER	CANCER	CARDIO VASCULAR DISEASE	PULMONARY DISEASE	MENTAL ILLNESS	CVA	OTHERS	CAUSE OF DEATH	AGE OF DEATH
FATHER								
MOTHER								
SIBLINGS								

DIET : GLUTEN SALT SUGAR LACTOSE VEGAN

GENERAL SYMPTOMS

malaise	weakness	fatigue	drowsiness	insomnia
anorexia	nausea	vomiting	wt loss	heartburn
Fever:			chills	sweat
numbness	tingling	swelling		
bleeding	rash	bruising		

GU: *URINATION*
Colour/blood:
Odour:
Frequency:
Urgency:
Difficulty:

VITAL SIGNS

T:37	P:110	RR:20	BP:90/60

CLINICAL EXAM

	INSPECTION	AUSCULTATION	PALPATION	PERCUSSION
GI	*0*	*0*	*Tenderness*	*0*

COMPLEMENTARY EXAMS: blood test (glycaemia) + urine sample (ketosis+sugar)
DIAGNOSIS: diabetes (Type I)
TTT: Hospitalization to initiate ttt
Insulin injections
Control hydration

9: CAROLE SMITH

FIRST NAME : CAROLE LAST NAME: SMITH
GENDER : M F DOB : / / AGE :

OCCUPATIONAL HISTORY

DATE	EMPLOYER	POSITION SPECIFIC DUTIES	MAJOR EXPOSURE	PROTECTIVE EQUIPMENT

SOCIAL HISTORY

	FREQUENCY	AMOUNT	TYPE	SAFETY
TOBACCO				
ALCOHOL				
DRUGS				

CONSTITUTIONAL

- Weight loss / gain
- Loss of appetite
- Sense of ill feeling
- Fatigue

VISION

- Vision loss
- Blurred vision
- Blind spots
- Photophobia

CARDIOVASCULAR

- Chest pain / tightness
- Abnormal beats / rhythm

NEUROLOGIC

- Headache/migraine
- Numbness
- Tingling

NEUROLOGICAL EXAM / KEY CONSIDERATIONS:

headache	head trauma	vertigo	seizures
weakness	incoordination	numbness/tingling	tremors
difficulty speaking	significant past history	environmental hazards	difficulty swallowing

CRANIAL NERVES

Eye movements (III, IV, VI)
Facial expression muscles (VII)
Shoulder shrug (XI)

MOTOR FUNCTION

Heel-to-toe
Tip-toe walking

SENSORY

	RIGHT SIDE	LEFT SIDE
Pin-prick		
Vibration		

COMPLEMENTARY EXAM: brain MRI
DIAGNOSIS: (early) MULTIPLE SCLEROSIS
TTT: IV corticosteroids : high dose: 1g/d – 3d
Hospitalisation

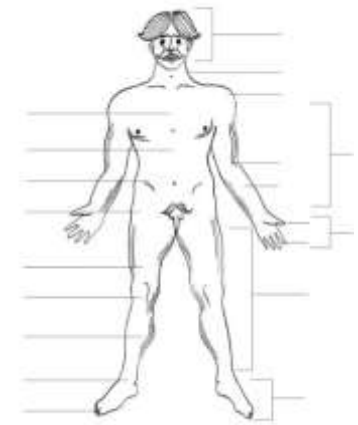
10 : CARL FRIEGGER

FIRST NAME : CARL LAST NAME: FRIEGGER
GENDER : M F DOB : / / AGE :
FAMILY DOC:
NEXT OF KIN: Mr Ms Mrs

ALLERGIES

Medication:	Type:	Reaction:
Food:	Type:	Reaction:
Others (pet fur…):	Type:	Reaction:

SITE / RADIATION / ASSOCIATIONS:



ONSET:
Cause:
Time:
Graduation:
Time course (am / pm):

CHARACTER:

EXACERBATING / RELIEVING FACTORS:
Position, ttt… :

SEVERITY:

VITAL SIGNS

T:38.6	P:110	RR:16	BP:130/90

CLINICAL EXAM

	INSPECTION	AUSCULTATION	PALPATION	PERCUSSION
GI	*Pallour*	*Sounds*	*Tenderness* *Guarding*	*0*

COMPLEMENTARY EXAMS: FBC + US scan

- Leucocytes (elevated)
- Erythrocytes
- Thrombocytes
- Haemoglobin
- Haematocrit
- MCV
- CRP

DIAGNOSIS: acute appendicitis
TTT: surgery : appendectomy

11 : JANE BLACKS

FIRST NAME : JANE LAST NAME: BLACKS
GENDER : M F DOB : / / AGE :
BIRTH PLACE : NATIONALITY:
MARITAL STATUS: MAR. SING. DIV. SEP. WID.

DIET : GLUTEN SALT SUGAR LACTOSE VEGAN

FAMILY HISTORY

FAMILY MEMBER	CANCER	CARDIO VASCULAR DISEASE	PULMONARY DISEASE	MENTA ILLNESS	CVA	OTHERS	CAUSE OF DEATH	AGE OF DEATH
FATHER								
MOTHER								

GENERAL SYMPTOMS

malaise	weakness	fatigue	drowsiness	insomnia
anorexia	nausea	vomiting	wt loss	heartburn
numbness	tingling	swelling		

CONSTITUTIONAL
- Weight loss / gain
- Loss of appetite
- Sense of ill feeling
- Fatigue

GASTROINTESTINAL
- Abdominal pain
- Nausea
- Vomiting (blood)
- Black/tarry stools
- Constipation
- Diarrhoea

VITAL SIGNS

T:37.1	P:59	RR:12	BP:100/80

COMPLEMENTARY EXAMS :

FBC + thyroid US scan
- Leucocytes
- Erythrocytes
- Thrombocytes
- Haemoglobin
- Haematocrit
- MCV
- ESR
- Lipids: LDL HDL triglycerides
- Fasting glycaemia
- Electrolytes: K+ Na+ urea
- Serology
- TSH (increased)
- Antibodies

DIAGNOSIS: hypothyroidism
TTT: Levotyrox 1p od po

12 : KLAUS MARR

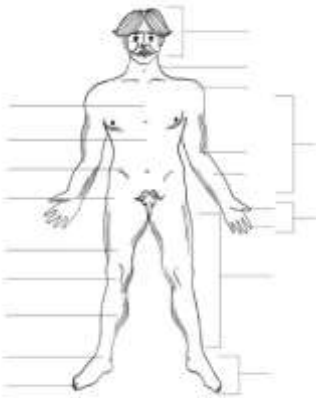
FIRST NAME : KLAUS LAST NAME: MARR
GENDER : M F DOB : / / AGE :
BIRTH PLACE : NATIONALITY:
MARITAL STATUS: MAR. SING. DIV. SEP. WID.
HOME ADDRESS:

SPECIFIC HEALTH PROBLEMS

SYSTEM	DURATION / TIME	TTT	POINTS OF INTEREST
CVS			
RS			

FAMILY MEMBER	CANCER	CARDIO VASCULAR DISEASE	PULMONARY DISEASE	MENTAL ILLNESS	CVA	OTHERS	CAUSE OF DEATH	AGE OF DEATH
FATHER								
MOTHER								

PAIN



ONSET:
Cause:
Time:

Graduation:
Time course (am / pm):

CHARACTER:

EXACERBATING / RELIEVING FACTORS:
Position, ttt… :
SEVERITY:

VITAL SIGNS

T:38	P:115	RR:19	BP:130/70

CLINICAL EXAM

	INSPECTION	AUSCULTATION	PALPATION	PERCUSSION
RS	*Dyspnoea*	*0*	*0*	*0*
CVS	*Tachycardia*	*0*	*Swollen calves*	*0*

COMPLEMENTARY EXAMS: FBC + ECG + pulmonary CT scan + venous Doppler scan
DIAGNOSIS: pulmonary embolism / DVT (deep vein thrombosis)
TTT: Heparin (anticoagulant therapy)
Wear compression stockings

13 : CARLOS MANSION

FIRST NAME : CARLOS LAST NAME: MANSION
GENDER : M F DOB : / / AGE :
BIRTH PLACE : NATIONALITY:
MARITAL STATUS: MAR. SING. DIV. SEP. WID.

FAMILY HISTORY

FAMILY MEMBER	CANCER	CARDIO VASCULAR DISEASE	PULMONARY DISEASE	MENTAL ILLNESS	CVA	OTHERS	CAUSE OF DEATH	AGE OF DEATH
FATHER								
MOTHER								

SOCIAL HISTORY

	FREQUENCY	AMOUNT	TYPE	SAFETY
TOBACCO				
ALCOHOL				
DRUGS				

GENERAL SYMPTOMS

malaise	weakness	fatigue	drowsiness	insomnia	numbness/tingling
anorexia	nausea	vomiting	wt loss	heartburn	tremors
fever			chills	sweat	incoordination
vertigo	headache	seizures	head trauma	difficulty speaking	
difficulty swallowing	significant past history	environmental hazards			

VITAL SIGNS

T:37.2	P:80	RR:15	BP:150/80

CRANIAL NERVES

Sense of smell (I)		Shoulder shrug (XI)	
Eye movements (III, IV, VI)		Tongue (XII)	
Facial expression muscles (VII)			

MOTOR FUNCTION

GAIT			
Heel-to-toe		Arms swinging	
Tip-toe walking		Romberg's test	
Heel walking			

COMPLEMENTARY EXAMS: left carotid artery scan
DIAGNOSIS: TIA (transient ischemic attack)
TTT: Lifestyle changes: treat risk factors
Antiplatelet agents
Surgery: remove plaque from carotid artery

ANNEXE 12

Grille utilisée pour l'examen et adaptée de grilles originales pour l'évaluation de la compétence communicationnelle

Grille d'évaluation

INITIATE SESSION				
Greets patient Introduces self, role	0	1	2	
IDENTIFY SYMPTOMS				
Uses open/closed questions	0	1	2	
Listens, understands, repeats, clarifies	0	1	2	
Uses concise, easily understood jargon	0	1	2	
Establishes dates, sequences of events	0	1	2	
Verifies understanding	0	1	2	
PHYSICAL EXAM + COMPLEMENTARY EXAMS				
Progresses from one section to another using sign posting	0	1	2	
Gives results, explains concerns	0	1	2	
DIAGNOSIS + TREATMENT				
Provides correct amount and type of information	0	1	2	
Achieves a shared understanding, involves patient's perspective (prevention)	0	1	2	
Accepts beliefs, empathy, provide support, deals sensitively	0	1	2	
Closes session: summarizing, final check	0	1	2	

Brown Interview Checklist (BIC)

BROWN INTERVIEW CHECKLIST

Facilitator initials_____ Interviewer_____ Observer_____ Date_____

For skills on a continuum, faculty may choose to give points anywhere on that continuum, and designate the appropriate score for that skill.

I. FLOW OF THE INTERVIEW

A) Opening

1) Prepares oneself for interview; puts aside other obligations; focuses attention on pt — YES ___ NO ___

2) Greets patient - i.e. Hello, Good Afternoon, etc.
   a) Verbal greeting — YES ___ NO ___
   b) Shakes hands — YES ___ NO ___

3) Introduces self, and role on the health care team. — YES ___ NO ___

4) IF APPROPRIATE: Attends to patient's comfort - physical position comfortable, noise and visual distractions minimized. — YES ___ NO ___ NA

5) IF APPROPRIATE: Minimizes distractions. — YES ___ NO ___ NA

6) IF APPROPRIATE: Asks the patient his/her understanding of the nature of the interview (i.e., teaching exercise, referral, etc.). — YES ___ NO ___ NA

7) Calibration - Assesses the patient's ability to communicate. — YES ___ NO ___

8) Invitation to speak - Starts with an open question or statement. (e.g., How can I help you? What problems brought you to the hospital?) — YES ___ NO ___

9) Allows patient to finish opening statement without interruption — YES ___ NO ___

B) Exploration of Problems (Information Gathering)	**FULLY EMPLOYS**	**PARTIALLY EMPLOYS**	**DOES NOT EMPLOY**	
1) Survey - ascertains all major symptoms, concerns, and goals for visit (more appropriate for outpatient visit).	F	P	DN	
2) IF APPROPRIATE: Negotiates priorities for problems to be discussed.	F	P	DN	NA
3) Asks patient to tell the story of the illness from the beginning until now.	F	P	DN	
4) Focuses using open-to-closed cone: starts w/open question, then "tell me more"/ "what else" until all symptoms elicited; ends w/specific questions.	F	P	DN	
5) IF APPROPRIATE: Clarifies patient's unclear statements.	YES ___	NO ___	NA	
6) IF APPROPRIATE: Interrupts to redirect.	F	P	DN	NA
7) Avoids asking more than one question at a time.	F	P	DN	

(Exploration of Problems, Information Gathering, cont.)	**FULLY EMPLOYS**	**PARTIALLY EMPLOYS**	**DOES NOT EMPLOY**
8) Segment Summary - Restates the content and/or feeling about an area of the patient's concern and checks accuracy.	F	P	DN
9) Transition - Acknowledges the transition from one area to another.	F	P	DN

C) Closing

1) Asks patient if he/she has any questions or comments. — YES ___ NO ___

2) States appreciation for the patient's efforts in the interview. — YES ___ NO ___

3) Shakes hands. — YES ___ NO ___

4) IF APPROPRIATE: Makes appropriate follow-up arrangements. — YES ___ NO ___ NA

ANNEXE 12

Grille utilisée pour l'examen et adaptée de grilles originales pour l'évaluation de la compétence communicationnelle

II. INTERPERSONAL SKILLS

A) Facilitation Skills

1) Eye contact - Appropriate length to enhance patient comfort. YES ___ NO ___

2) Open posture - Arms uncrossed, facing the patient. F.....P.....DN

3) Head nod, "mm-hm," repeats the patient's last statement, etc. F.....P.....DN

4) Uses silences to facilitate the patient's expression of thoughts and feelings. YES ___ NO ___

B) Relationship Skills (Conveying Empathy)

1) Reflection - Restates the patient's expressed emotion or inquires about emotions. F.....P.....DN

2) Legitimation - Expresses understandability of the patient's emotions. YES ___ NO ___

3) Respect - Expresses respect for the patient's coping efforts or makes a statement of praise. YES ___ NO ___

4) IF APPROPRIATE: Support - Expresses willingness to be helpful to the patient in addressing his/her concerns. YES ___ NO ___ NA

5) IF APPROPRIATE: Partnership - Expresses willingness to work together with the patient. YES ___ NO ___ NA

III. PATIENT RESPONSES **OFTEN SOMETIMES SELDOM**

1) Patient appears engaged in the interview. |.....|.....|

2) Patient appears comforted and relaxed. |.....|.....|

3) Patient freely discusses his/her concerns. |.....|.....|

Comments:

Calgary-Cambridge Observation Guide (CCOG)

INITIATING THE SESSION

Establishing initial rapport

1. **Greets** patient and obtains patient's name

2. **Introduces** self, role and nature of interview; obtains consent if necessary

3. **Demonstrates respect** and interest, attends to patient's physical comfort

Identifying the reason(s) for the consultation

4. **Identifies** the patient's problems or the issues that the patient wishes to address with appropriate **opening question** (e.g. "What problems brought you to the hospital?" or "What would you like to discuss today?" or "What questions did you hope to get answered today?")

5. **Listens** attentively to the patient's opening statement, without interrupting or directing patient's response

6. **Confirms list and screens** for further problems (e.g. "so that's headaches and tiredness; anything else……?")

7. **Negotiates agenda** taking both patient's and physician's needs into account

GATHERING INFORMATION

Exploration of patient's problems

8. **Encourages patient to tell the story** of the problem(s) from when first started to the present in own words (clarifying reason for presenting now)

9. **Uses open and closed questioning technique**, appropriately moving from open to closed

10. **Listens** attentively, allowing patient to complete statements without interruption and leaving space for patient to think before answering or go on after pausing

11. **Facilitates** patient's responses verbally and non–verbally e.g. use of encouragement, silence, repetition, paraphrasing, interpretation

12. **Picks up** verbal and non–verbal **cues** (body language, speech, facial expression, affect); **checks out and acknowledges** as appropriate

13.**Clarifies** patient's statements that are unclear or need amplification (e.g. "Could you explain what you mean by light headed")

14. **Periodically summarises** to verify own understanding of what the patient has said; invites patient to correct interpretation or provide further information.

15. **Uses** concise, **easily understood questions and comments**, avoids or adequately explains jargon

16. **Establishes dates and sequence** of events

Additional skills for understanding the patient's perspective

17. Actively **determines and appropriately explores**:
    - patient's **ideas** (i.e. beliefs re cause)
    - patient's **concerns** (i.e. worries) regarding each problem
    - patient's **expectations** (i.e., goals, what help the patient had expected for each problem)
    - effects: how each problem **affects** the patient's life

18. **Encourages patient to express feelings**

BUILDING RELATIONSHIP

Using appropriate non-verbal behaviour

23. **Demonstrates appropriate non–verbal behaviour**
    - eye contact, facial expression
    - posture, position & movement
    - vocal cues e.g. rate, volume, tone

24. If reads, writes **notes** or uses computer, does **in a manner that does not interfere with dialogue or rapport**

25. **Demonstrates** appropriate **confidence**

Developing rapport

26. **Accepts** legitimacy of patient's views and feelings; is not judgmental

27. **Uses empathy** to communicate understanding and appreciation of the patient's feelings or predicament; overtly **acknowledges patient's views** and feelings

28. **Provides support**: expresses concern, understanding, willingness to help; acknowledges coping efforts and appropriate self care; offers partnership

29. **Deals sensitively** with embarrassing and disturbing topics and physical pain, including when associated with physical examination

PROVIDING STRUCTURE

Making organisation overt

19. **Summarises** at the end of a specific line of inquiry to confirm understanding before moving on to the next section

20. Progresses from one section to another using **signposting, transitional statements**; includes rationale for next section

Attending to flow

21. Structures interview in **logical sequence**

22. Attends to **timing** and keeping interview on task

Involving the patient

30. **Shares thinking** with patient to encourage patient's involvement (e.g. "What I'm thinking now is....")

31. **Explains rationale** for questions or parts of physical examination that could appear to be non-sequiturs

32. During **physical examination**, explains process, asks permission

EXPLANATION AND PLANNING

Providing the correct amount and type of information

33. **Chunks and checks:** gives information in manageable chunks, checks for understanding, uses patient's response as a guide to how to proceed

34. **Assesses patient's starting point:** asks for patient's prior knowledge early on when giving information, discovers extent of patient's wish for information

35. **Asks patients what other information would be helpful** e.g. aetiology, prognosis

36. **Gives explanation at appropriate times:** avoids giving advice, information or reassurance prematurely

Aiding accurate recall and understanding

37. **Organises explanation:** divides into discrete sections, develops a logical sequence

38. **Uses explicit categorisation or signposting** (e.g. "There are three important things that I would like to discuss. 1st..." "Now, shall we move on to.")

39. **Uses repetition and summarising** to reinforce information

40. **Uses** concise, **easily understood language**, avoids or explains jargon

41. **Uses visual methods of conveying information:** diagrams, models, written information and instructions

42. **Checks patient's understanding** of information given (or plans made): e.g. by asking patient to restate in own words; clarifies as necessary

Achieving a shared understanding: incorporating the patient's perspective

43. **Relates explanations to patient's illness framework:** to previously elicited ideas, concerns and expectations

44. **Provides opportunities and encourages patient to contribute:** to ask questions, seek clarification or express doubts; responds appropriately

45. **Picks up verbal and non-verbal cues** e.g. patient's need to contribute information or ask questions, information overload, distress

46. **Elicits patient's beliefs, reactions and feelings** re information given, terms used; acknowledges and addresses where necessary

Planning: shared decision making

47. **Shares own thinking as appropriate:** ideas, thought processes, dilemmas

48. **Involves patient** by making suggestions rather than directives

49. **Encourages patient to contribute their thoughts:** ideas, suggestions and preferences

50. **Negotiates** a mutually **acceptable plan**

51. **Offers choices:** encourages patient to make choices and decisions to the level that they wish

52. **Checks with patient** if accepts plans, if concerns have been addressed

ANNEXE 12
Grille utilisée pour l'examen et adaptée de grilles originales pour l'évaluation de la compétence communicationnelle

CLOSING THE SESSION

Forward planning

53. **Contracts** with patient re next steps for patient and physician

54. **Safety nets**, explaining possible unexpected outcomes, what to do if plan is not working, when and how to seek help

Ensuring appropriate point of closure

55. **Summarises session** briefly and clarifies plan of care

56. **Final check** that patient agrees and is comfortable with plan and asks if any corrections, questions or other items to discuss

The SEGUE Framework (SEGUE)

The SEGUE Framework *(long form)* Patient _____ Physician _____

Set the Stage	Yes	No
1. Greet pt appropriately		
2. Establish reason for visit: _____		
3. Outline agenda for visit (e.g., "anything else?", issues, sequence)		
4. Make a personal connection during visit (e.g., go beyond medical issues)		
→ 5. Maintain pt's privacy (e.g., knock, close door)		

Elicit Information	n/a	Yes	No
6. Elicit pt's view of health problem and/or progress (ideas, concerns)			
7. Explore physical/physiological factors (signs, symptoms)			
8. Explore psychosocial/emotional factors (e.g., living situation, family relations, stress)			
9. Discuss antecedent treatments (e.g., self-care, last visit, other care)			
10. Discuss how health problem affects pt's life (e.g., quality-of-life)			
11. Discuss lifestyle issues/prevention strategies (e.g., health risks)			
→ 12. Avoid directive/leading questions			
→ 13. Give pt opportunity/time to talk (e.g., don't interrupt)			
→ 14. Listen. Give pt undivided attention (e.g., face pt, verbal acknowledgement, nv feedback)			
→ 15. Check/clarify information (e.g., recap, ask "how much")			

Give Information	n/a	Yes	No
16. Explain rationale for diagnostic procedures (e.g., exam, tests)			
17. Teach pt about his/her own body & situation (e.g., provide feedback from exam/tests, explain anatomy/diagnosis)			
18. Encourage pt to ask questions			
→ 19. Adapt to pt's level of understanding (e.g., avoid/explain jargon)			

ANNEXE 12

Grille utilisée pour l'examen et adaptée de grilles originales pour l'évaluation de la compétence communicationnelle

Understand the Patient's Perspective	**n/a**	**Yes**	**No**
20. Acknowledge pt's accomplishments/progress/challenges			
21. Acknowledge waiting time			
→ 22. Express caring, concern, empathy			
→ 23. Maintain a respectful tone			
End the Encounter		**Yes**	**No**
24. Ask if there is anything else pt would like to discuss			
25. Review next steps with pt			

If suggested a new or modified treatment/prevention plan:	**n/a**	**Yes**	**No**
26. Discuss pt's interest/expectation/goal for treatment/prevention			
27. Involve pt in deciding upon a plan (e.g., options, rationale)			
28. Explain likely benefits of the option(s) discussed			
29. Explain likely side-effects/risks of the option(s) discussed			
30. Provide complete instructions for plan			
31. Discuss pt's ability to follow plan (e.g., attitude, time, resources)			
32. Discuss importance of pt's role in treatment/prevention			

Comments:

The Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (KEECC)

Figure 1.11

Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist

Date: _____ **Setting:** _____
Learner: _____
Observer: _____

	Done well	Needs improvement	Not done	Not applicable
Build a Relationship				
Greets and shows interest in patient as a person	❑	❑	❑	❑
Uses words that show care and concern throughout the interview	❑	❑	❑	❑
Uses tone, pace, eye contact, and posture that show care and concern	❑	❑	❑	❑
Open the Discussion				
Allows patient to complete opening statement without interruption	❑	❑	❑	❑
Asks "Is there anything else?" to elicit full set of concerns	❑	❑	❑	❑
Explains and/or negotiates an agenda for the visit	❑	❑	❑	❑
Gather Information				
Begins with patient's story using open-ended questions ("Tell me about ...")	❑	❑	❑	❑
Clarifies details as necessary with more specific or "yes/no" questions	❑	❑	❑	❑
Summarizes and gives patient opportunity to correct or add information	❑	❑	❑	❑
Transitions effectively to additional questions	❑	❑	❑	❑
Understand the Patient's Perspective				
Asks about life events, circumstances, other people that might affect health	❑	❑	❑	❑
Elicits patient's beliefs, concerns, and expectations about illness and treatment	❑	❑	❑	❑
Responds explicitly to patient statements about ideas, feelings, and values	❑	❑	❑	❑
Share Information				
Assesses patient's understanding of problem and desire for more information	❑	❑	❑	❑
Explains using words that are easy for patient to understand	❑	❑	❑	❑
Checks for mutual understanding of diagnostic and/or treatment plans	❑	❑	❑	❑
Asks whether patient has any questions	❑	❑	❑	❑

ANNEXE 12
Grille utilisée pour l'examen et adaptée de grilles originales pour l'évaluation de la compétence communicationnelle

Figure 1.11

Kalamazoo Essential Elements Communication Checklist (cont.)

	Done well	Needs improvement	Not done	Not applicable
Reach Agreement (if new/changed plan)				
Includes patient in choices and decisions to the extent s/he desires	❑	❑	❑	❑
Asks about patient's ability to follow diagnostic and/or treatment plans	❑	❑	❑	❑
Identifies additional resources as appropriate	❑	❑	❑	❑
Provide Closure				
Asks whether the patient has questions, concerns, or other issues	❑	❑	❑	❑
Summarizes	❑	❑	❑	❑
Clarifies follow-up or contact arrangements	❑	❑	❑	❑
Acknowledges patient and closes interview	❑	❑	❑	❑

Comments:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ANNEXE 13

Transcription des évaluations orales

Les transcriptions sont listées par cas clinique. L'ensemble des participants ayant été interrogés sur chaque cas sont retranscrits à la suite, indépendamment de leur programme d'appartenance.

CAS CLINIQUE 1 : MARIA BANKS

CANDIDAT 1/
D: so, ok now, do you take any kind of contraception?
P: I'm on the pill.
D: ok, since when?
P: 7 years.
D: and have you ever been pregnant or given birth to a child?
P: yes, I have a child.
D: ok. so now, that's a bit awkward but have you ever had any sexually transmitted infection?
P: yes, I had herpes.
D: ok and when was that?
P: in 2001.
D: ok and what kind of treatment did you get for that?
P: if I remember right, I got antibiotics and some ointment.
D: ok, fine. and when was the last time you had your periods?
P: about 3 weeks ago.
D: ok. and how often do you have your periods?
P: about every 29 days.
D: ok. now, do you have sex?
P: yes.
D: how often?
P: twice a week.
D: ok. and what kind of sex is it?
P: just vaginal… normal.
D: and do you use protection or…
P: no.
D: is it just with your husband? now let's talk about how you're feeling today. do you have, do you feel pain anywhere?
P: yes, I've got some sort of stomachache.
D: that's all? just the stomachache?
P: yes.
D: and have you been feeling tired, weak or…?
P: yes, very tired and most of the time I feel weak, I have no energy.
D: ok and do you sleep at night?
P: yes.
D: ok, you haven't fainted?
P: no.
D: ok and do you eat normally?
P: yes, I do but it's quite strange because I've been losing weight, I'm hungry, I eat.
D: ok so you haven't been feeling nauseous or vomiting?
P: no.
D: ok, and have you had some fever?
P: no.
D: chills or a bit feeling sweaty?

P: no.
D: any kind of tingling or swelling, rash?
P: no, the rest is fine.
D: ok so let's talk about your abdomen, your pain. how is your poop?
P: what do you mean?
D: how often do you…?
P: well, I go every day.
D: ok and have you had… have you been constipated?
P: oh no I have diarrhoea.
D: ok. since when?
P: about a week.
D: ok and have you been treated for that?
P: no.
D: no, ok. so now I'm just gonna check your vital signs, so I'm gonna take your temperature and your temperature is 37.2°, so that's fine. your pulse is 68 beats per minute, your respiratory rate is 14 breath per minute and your blood pressure is one twenty over eighty.
P: is this normal?
D: yeah, everything is normal about your vital signs. so, now if you don't mind I'm gonna do an exam.
P: ok.
D: so first well I can't see nothing, I don't see anything while I'm watching you. so now, I'm just gonna touch your abdomen, well there's nothing abnormal but no sorry, I'm going to listen to your abdomen, but I can't hear any sound and now on palpation I can feel some masses and it feels that it's hurtable, it's tender, but on percussion on there's nothing abnormal. so you are going to have to do some complementary exam.
P: ok.
D: so, you are going to do a colonoscopy and a biopsy. so, we are going to introduce a colonoscope which is a flexible device with a camera and light in the end and if we find anything abnormal, we're just take some and then send it to the lab to see if there's anything abnormal, ok? so let's do that. and now I've got the results of your complementary exams. so it seems that there was cancerous tumours in your colon.
P: oh!
D: that means you have got a colon cancer.
P: ok.
D: but we are going to be able to operate that and hopefully we are going to remove the whole tumour. so we are going to do a surgery called a colonectomy. and hopefully we will be able to remove the whole tumour and you'll be fine we hope.
P: but what is a conolectomy?
D: so we're going to… it's just like the colonoscopy but we are going to remove the tumour, and that's it. so do you have any questions?
P: am I going to need to change things in my life?
D: you are going to have to be careful with what you eat, nothing like spicy or that can be bad for your stomach, but now we're going to do the surgery and everything is going to be ok we hope
P: am I going to need some chemotherapy?
D: well if we are able to remove the whole tumour, you won't need any chemotherapy and then we'll do exams to see if we removed the whole tumour.
p:ok

CANDIDAT 2/
D: so, hello!
P: hello.
D: what's your name?
P: Maria Banks.
D: right. so first I need to check your identity, so what's your occupation?
P: I work at the HSBC bank in London.
D: ok. and is it a full time or part time?

P: it's a part time job.
D: ok, great. what brought you here today?
P: I have been having those… that stomachache.
D: ok.
P: and it's really annoying.
D: ok. I need to check if you have specific health problem. are you… do you take any contraception?
P: I'm on the pill.
D: ok. since when?
P: for about 7 years.
D: ok. have you ever been pregnant?
P: yes.
D: how many…?
P: just once.
D: so you have two chilDren?
P: I have just one child.
D: ok. it can be weird question but have you ever sexually transmitted infection?
P: yes I did get herpes a few years ago.
D: can you repeat?
P: I got herpes.
D: when?
P: 2001
D: and does you take anything for that?
P: yes I don't remember exactly but I was given some antibiotic and some ointment.
D: ok. are your menstruation regular?
P: yes.
D: yes. when did you have it for the last time?
P: about 3 weeks ago.
D: ok. so, again, it's a weird question but do you have sex?
P: yes.
D: is it safety?
P: I don't use any protection, no.
D: ok. what kind of…?
P: normal sex.
D: ok. so you told me you came because of stomachache. you don't have other problem?
P: well I don't know if it's associated or not but I've been having diarrhoea.
D: ok. and is that all? you don't feel like vomiting or something else?
P: no I don't feel nauseous; I don't vomit that's fine
D: ok and did you loss some weight?
P: yes actually yes I did.
D: ok. do you have fever?
P: I don't know.
D: and you don't have… do you have another symptom?
P: well I'm very tired, very very tired.
D: like fatigue?
P: yes.
D: do you sleep well?
P: yes.
D: so, because you have abdomen pain, do you know if you bleed, if you have some bleeding?
P: like?
D: like…
P: inside me?
D: no, do you have… do you know if there is bleeding when you go to toilet?
P: like, is it red?
D: yes, is it red?
P: no it's not, it's very dark but it's not red.
D: you told me about diarrhoea. since when do you have it?
P: about a week

D: ok, did you take any treatment for that?
P: no.
D: ok. and how often do you have diarrhoea per day?
P: I go to the toilet about 7 or 8 times a day.
D: oh, ok.
P: so it's really a problem.
D: yes it can be… so, now I need to check your vital signs. first, I will take your temperature, I can say that it. first, I will take your temperature, I can say that it's 37.2°, so that's ok. now your pulse, it's 68 beats per minute, so it's great. now I need to check your respiratory rate which is at 14 it's ok; and can you roll up your sleeve please so that I can take your blood pressure? great, it's one hundred twenty over eighty. so it's ok, a little, no it's ok. on inspection, I saw nothing abnormal, when listening to your heart too, so… now I need to check if there is something abnormal in your abdomen, so for that I will touch it. I can feel that you have masses, so it's a little abnormal and tenderness, it hurts no?
P: yes
D: ok. and when I tap I don't feel anything abnormal. so you will have to have some complementary exams to check what causes your pain. for that, you will do a colonoscopy and a biopsy
P: what's that?
D: it's an exam, we put a little video camera inside your back passage and we go through your intestine to check the linings of… if there's a… your bowel habits. and a biopsy, we have doing it, we take a little sample of your inside of your bowel to examine it. it doesn't hurt, you will be asleep during all the exam.
P: ok.
D: but it doesn't hurt, you will… after that you will stay in the hospital just one day and after you need someone to come to see you and take you home.
P: ok.
D: so, it's done.
P: ok.
D: we've done it.
P: so what do I have?
D: so I received the results and I can… you have colon cancer, I'm sorry. we will treat it by surgery called colonectomy
P: what's that?
D: we will take off a part of your intestine where there is tumour. but, you will need support from your family. do you have anyone?
P: I have my husband yes.
D: ok, great. we will do all we can for you and so you will, I hope you will recover as soon as possible
P: ok. I'm not in any danger? I'm not going to die?
D: maybe we don't know sorry. because colon cancer is very aggressive and because of the colonectomy, you will live with something outside your body which gets your faeces; so it's uncomfortable, but you will live. ok, thank you, do you have any question? did I forget anything?
P: no

CANDIDAT 3/
D: hello, Mrs. Banks.
P: hello!
D: what brought you today?
P: well, I've been having those stomachaches.
D: yes, and… just for me, what's your professional adDress, please?
P: I work in London, for HSBC, the bank.
D: ok. and concerning your employment status, do you work at part-time?
P: yes, part-time.
D: and if you are ok, I'm going to ask you some questions about your health?
P: sure!
D: do you take the pill?

P: yes.
D: since when do you take pill?
P: about 7 years.
D: ok, thank you. have you ever been pregnant?
P: yes, I have a child.
D: have you been a miscarriage?
P: no.
D: can I ask you a question about your sexual health?
P: yes.
D: thank you. have you ever had sexual-transmitted infection?
P: I had herpes a few years ago. it was in, let me think, in 2001, I think.
D: ok. have you another symptoms?
P: apart from my pain?
D: yes.
P: I'm feeling very tired.
D: yes, and concerning your head?
P: my?
D: your head?
P: everything's fine.
D: you don't feel Drowsy or…?
P: no.
D: because you said me that you had sexual-transmitted infection 3 years ago and you said 2001 and we are in 2016. can you tell me again your name, please?
P: Maria Banks.
D: and your professional adDress?
P: HSBC in London.
D: and what is the date today?
P: it's the 12th of December!
D: and for your herpes, did you take a treatment?
P: yes, I took some antibiotics and I got also some ointment to apply.
D: where… when… apart your fatigue and your abdomen, have you loss weight?
P: yes I have.
D: and, do you suffer from anorexia or nausea?
P: no.
D: have you another symptoms?
P: no.
D: and do you suffer at… in… in another place?
P: just my abdomen.
D: so, now I'm going to check your vital sign. first I'm going to take your temperature.
P: ok.
D: your temperature is normal, it's 37.2°. now I'm going to take your pulse, it's 68, it's normal. for your respiratory rate, it's 14 beats per minute, it's normal, and concerning your blood pressure it's 120/80 (one hundred and twenty over eighty).
P: is it normal?
D: yes it's normal. I forget to ask you some question about your gastrointestinal system.
P: ok.
D: are you suffering from diarrhoea?
P: yes, I've had diarrhoea for about a week.
D: a week? and do you take a treatment?
P: no.
D: can you tell me about the frequency?
P: it's about 7 or 8 times a day.
D: and you faeces?
P: they look darker than usual and that started about 2 weeks ago.
D: ok, thank you. I'm now going to practice the clinical exam.
P: ok.
D: if you are ok, can you take off your shirt, please?
P: sure.

D: I'm going to look at your abdomen, if you are ok? there is nothing. and now, I'm going to auscult you. I feel nothing. and now for the palpation, are you ok if I palpate you?
P: yes.
D: I found masses. and now I'm going to tap on your abdomen, nothing unremarkable. so, because of your general symptoms and your pain, I will prescribe colonoscopy and biopsy for complementary exams. and I have some question. have you got something at home or someone to talk?
P: yes, my husband.
D: your husband. and have you ever heard about cancer?
P: yes.
D: yes. it's hard to say but I think you may have a colon cancer. I'm not sure, it's for that that I prescribe complementary exam, but you may have it.
P: ok. and what's the treatment if I have that?
D: the treatment will be surgery, especially a colonectomy, so…

CANDIDAT 32/
D: hello, I'm just going to check if I have the right paper. so what's your first name and your last name, please?
P: it's Maria Banks.
D: ok, it's perfect. so, I'm the doctor that will take care of you and treat about what bring you here today. so I'm just going to ask you some question. so, what is your job?
P: I work for the HSBC bank.
D: so, ok, you work for a bank.
P: yes.
D: what is your employment status? you're full-time job?
P: yes, I'm a full-time worker.
D: perfect. and, can you tell me your professional adDress, please?
P: I work in London.
D: ok, thank you. so, I'm going to ask you some question about your medical history, so, is that ok?
P: sure.
D: are you on the pill?
P: yes.
D: ok, and what type, please?
P: er… the pill.
D: for how long?
P: 7 years.
D: ok, have you ever had a pregnancy?
P: I have a child.
D: just a child, ok. and I have just a question a little bit intrusive, I can ask you?
P: sure!
D: ok, have you ever had any sexually-transmitted infection or disease?
P: yes, I had herpes…
D: ok. when it happens?
P: in 2001.
D: ok. and do you have any treatment for that, or …?
P: yes, I received some antibiotics and I was prescribed some ointment as well.
D: ok, thank you. so, just one question, what about your periods? is that ok, regularly…?
P: yes, yes.
D: ok, no problem?
P: no.
D: and, when was the last periods?
P: about 3 weeks ago.
D: ok, perfect. did I forget something for the moment?
P: no.
D: so, what about your sexual intercourse?
P: er… yes?
D: is that ok? what about their frequency?

P: about twice a week.
D: ok, thank you. it's just to check, it's important to know about your medical past. and what about the amount or the type? nothing special to say?
P: no.
D: and there is no problem about the safety, so… with your medical past in the sexually-transmitted disease, it's no problem now…?
P: no.
D: so, what's bring you here to our clinic today?
P: well I have that horrible abdominal pain.
D: ok, can you describe your pain, please?
P: it's in the low abdomen, in the lower part of my abdomen.
D: ok. there is another pain? it's radiate to…? no, ok?
P: no.
D: so you have just an horrible pain to your abdomen. ok, so what's about your general symptoms? how do you feel?
P: I'm very tired.
D: ok, since when?
P: I don't really know, about a month or so.
D: ok. and do you feel sick or vomit? no?
P: no.
D: you don't feel… do you feel other symptoms?
P: well I guess it's related to my being tired, but I feel very weak.
D: very weak, ok. do you take something to kill the pain?
P: no.
D: so you do nothing to…
P: no, there is nothing to do, I feel nothing can work.
D: do you have fever?
P: I don't think so, no.
D: ok, so you just have low pain in your abdomen, weakness and fatigue.
P: yes, and oh, I've lost weight.
D: oh you lost weight, you estimate…?
P: about 8 kilos.
D: so you're not really fine! what about your stools? they are blood? they are normal?
P: well, they are not normal, I feel they're darker than usual.
D: ok, you feel that they must be because a little blood.
P: I don't know if there's blood… but they're darker.
D: ok, when it begin?
P: about 2 weeks ago.
D: ok, and it's all the day?
P: yes, it's all the time, constant.
D: ok and you take nothing?
P: no.
D: and do you have diarrhoea or you're constipation?
P: yes, I have diarrhoea.
D: ok, and for how long?
P: for about a week.
D: just the week?
P: yes.
D: ok and do you take something to…?
P: no.
D: ok. and it's all the time or just…?
P: all the time.
D: right, do you want to say something else?
P: no.
D: ok, perfect! so, if that's ok, I'm going to check your vital signs so take your temperature, your pulse, your heart rate, if that's ok. so, could you please lie on the bed? ok, so I'm going to take your temperature, it's ok, you are 37.2, so it's normal. and I'm going to have a check of your pulse, so it's 68 beats per minute so ok, right! and so I'm going to check your respiratory rate, is

that ok? so it's a little bit lower, but it's 14, ok. I think because you are weak and don't feel very good. and I'm going to check your blood pressure, you're 120/80 (one twenty over eighty) so it's good, it's a good tension. so I'm going to have to palpate your body, it's ok? so I found masses and tenderness, but in inspection and in auscultation it's nothing, and I'm going to palp a little bit. and on percussion there is nothing. so if that's ok for you, you have no question for the moment?
P: no.
D: I just prefer that you done more exam to check if that's ok, I think you have something but I want to be sure, to know what is your trouble, to treat that. so you have to have a colonoscopy and a biopsy, if that's ok? do you have question about that? do you want more explication?
P: no.
D: ok. I have the result of your complementary exam and I have just something to say. it's gonna be alright, you will be treated, treat like the better way that we can do. the exam show that you have, you must have a colon cancer. so, I gonna do, I will do all the good thing that I do for you to have and for the treatments I prescribe you surgery, a colonectomy, so…
P: what is that?
D: it consists to excise the part of your colon that is not normal, to ablate your cancer and so you will be fine. and if that's not ok, you have maybe, but I think it's not the case for the moment, the chemotherapy. but for the moment, don't worried, don't worry, just the surgery. it must be good for the moment to treat you.
P: ok.
D: how do you feel about that?
P: not so good, not so good…
D: you have family to call? your husband? your child?
P: yes I will call my husband.
D: ok, and I will be there for you if you have any question…
P: thank you.

CANDIDAT 33/
D: hello Mrs. Maria Banks
P: hello.
D: so I'm Dr Boulet, I'm going to make the consultation with you. so can I ask you, do you work?
P: yes, I have a part-time job.
D: can you give me your professional adddress?
P: sure I work for the HSBC bank in London.
D: ok. now, let's talk about your health problem. so what's brought you here today?
P: I've got that stomachache that's persistent.
D: ok. and so yeah we should talk about your … I have to ask these questions. do you… sorry… do you have sex?
P: yes I do.
D: ok how often?
P: about twice a week.
D: and what kind of sex?
P: vaginal sex, normal sex.
D: thank you. is it safe? do you do … do you have safe sex?
P: well no, I'm not using any protection.
D: ok not any protection, but do you have any contraception?
P: I'm on the pill.
D: ok since when?
P: about 7 years.
D: do you have any children?
P: yes 1.
D: 1 children, I know you have 1 children but did you have other pregnancy or…?
P: no, just the one.
D: so you came but I have to ask you these questions? do you have any sexually transmitted infection like chlamydia, syphilis?

P: right now no; I'm fine.
D: ok.
P: and your menstruations when was… when were the last ones?
D: 3 weeks ago.
P: 3 weeks ago, ok.
D: and was it, are they regular?
P: they are very regular.
D: ok. so you told me you went for because of a stomachache, so ok. just 2 seconds. and so, do you have any other symptoms?
P: well I have diarrhoea also which is a problem.
D: yeah. and since when do you have…?
P: it started about a week ago.
D: a week ago ok. and did you see your GP for this?
P: you're my GP!
D: ok so no treatment?
P: no.
D: and since when do you… how often do you have diarrhoea?
P: each day? I use the toilet about 7 or 8 times a day
D: oh ok. and I think, 2 seconds, I'm just be sure. so no other symptoms you told me? you eat well?
P: I do eat well, I do eat well but it's strange because I'm hungry I eat food normally but I've lost weight
D: you've lost weight and does it hurt when you eat? do you have any pain in your stomach for example?
P: no, not in stomach it's just my belly is painful
D: ok. so I'm sorry, I let you repeat, you feel nauseous?
P: no.
D: ok and you're not weak, not at all?
P: I am quite weak, I do feel weak.
D: just, I come back. about your faeces, I must ask, are there any blood in your faeces?
P: like they would be red?
D: yeah, no, red or black maybe.
P: oh they are very dark.
D: very dark ok. and so now I'm going to check you vital signs. so let's start by your temperature, it's around 37.2°, which is good, now I'm going to check your pulse which is 68, so good too, about your respiratory rate it's about 14, a little low but I think, yes it's a little low and finally your blood pressure I'm going to take that, and the result is one hundred twenty over eighty so which is good. if you agree, can I do a clinical exam?
P: sure.
D: ok, so I'm going to inspect… to see if everything is ok, so I think yes, everything is ok. can I listen to your abdomen?
P: sure.
D: ok, everything ok. can I just touch your abdomen to palpate it to see that everything is good? so I can feel masses and there is some tenderness, it hurts you when … ok and now I'm gonna just tap to see if everything is ok? perfect everything is ok. so I'm going to send you to do some complementary exam like colonoscopy and biopsy and… ok I have the result, so.
P: what's a colonoscopy?
D: a colonoscopy is a particular exam done with a tube, not tube… we have to put… I don't know how to explain that to you… we have to go with a camera to see your intestine and all your abdomen and your gastrointestinal tracts to see if everything is ok. so it will be in the hospital with a specific doctor, he will explain that to you better than me. it's not a dangerous exam, it's a routine exam, so don't be afraid of that.
P: ok.
D: so I have the result of the colonoscopy and the biopsy. I'm sorry to say that to you but you have a colon cancer. do you know what is it?
P: well I know cancer and I know colon but…
D: so you have a growth, a mass in your colon so yes we know that cancer is often, we often think about cancer like a serious disease, yes it's a serious disease but you shouldn't be afraid

now, I'm going to send to a specialist, he will see with you each treatment you can do. so I think you're going to have to do chemotherapy, but I'm not the right person to say to you which treatment are possible, you will see your option with him in the future. so do you have someone with you at home?
P: well I have my husband.
D: because I know it can be hard to hear that the you have this disease so maybe if you can have someone you can lie on, which can be so… maybe I can call your husband to come and see you if you want.
P: well, yes.
D: because if you don't want to drive, it's ok.
P: but am I going to die?
D: no, you're not going to die. like I said, I'm not the specialist but you're going to have maybe some surgery called a colonectomy to move to remove the mass and you will be cure form this disease, we will see you every, in short periods, every I don't know 6 months to be sure that everything is ok, maybe less at the beginning but after it's going to be long period to be sure that everything is good. we're going to do everything we can to save you, to cure this disease not to save you but to cure this disease because this disease can be cured you don't have to be that you're going to die, you're not going to die.
P: ok.
D: ok everything is good? do you have questions?
P: no.

CANDIDAT 34/
D: hello, good morning! so, your name is… what's your name?
P: Maria Banks
D: Maria Banks. where are you from?
P: I'm from the UK.
D: the uk, fine. are you employed?
P: yes, UK work with the HSBC.
D: ok, so you're banker?
P: yeah!
D: well, what brings you here today?
P: well I've been having those abdominal pains and it's been very annoying.
D: and can you describe me the pain, please?
P: well, it's there all the time, and nothing relieves it. it's just horrible!
D: ok, so nothing relieves it at all?
P: no…
D: ok. is it like a throbbing pain?
P: no, it's really a dull pain.
D: a dull pain? ok. well, I'm gonna just… do the exam. well, I'm gonna check on your vital signs, if you're ok with that?
P: yeah.
D: ok well your temperature is 37.2, it's quite normal, there is nothing to worry about! may I take your blood pressure?
P: sure!
D: your blood pressure is 68mmhg, I think. may I take your respiratory rate too? ok, it's 14, it seems normal. and your blood pression is 120/80 (one twenty over eighty). well, I'm gonna inspect you, if you're ok with that? on inspection, I found nothing, it was unremarkable, there was nothing to worry about. on auscultation, I found nothing too, it was quite normal. but on palpation, there was something, probably to worry about. not to worry about in itself, but something we should pay attention to! I found dullness on palpation. you probably have a lump or something like that, and I found like tenderness. well, do I miss anything?
P: in my symptoms, yes! and in my history as well…
D: ok, in your symptoms, are you tired, generally?
P: yes, I've been very very tired.
D: very, very tired? do you feel like weakness?
P: well, because I'm tired I guess I feel weak, yeah…

D: ok… apart from the pain, do you have anything like, from your stomach, your guts, is there anything problematic?
P: yeah, well, I have diarrhoea.
D: you have diarrhoea? ok. what about your sleep? do you sleep well?
P: yes, there's no problem there.
D: are you in pain when you sleep?
P: no, this is the only time when I actually don't feel pain.
D: ok… do I miss anything in your symptoms?
P: yes, I've lost weight…
D: you've lost weight… like a lot?
P: I've lost about 8 kilos.
D: 8 kilos? in how many times?
P: over the past month.
D: ok. have you been vomiting?
P: no.
D: no, ok. do you feel nauseous sometimes?
P: no.
D: no, ok. and, because now you don't have but do you have fever sometimes?
P: I don't think so, I haven't checked really, but I don't think so.
D: ok. so you told me it started like a month ago. so, how did it start exactly?
P: it was very sudden, I can't explain it.
D: you can't explain it? it was all of a sudden.
P: yes.
D: and before that, were you used to have gastrointestinal problems or…?
P: no I've always been really healthy.
D: you've always been really healthy… do you do a lot of sports or things like that?
P: I do, not a lot but…
D: you're living a healthy life, then?!
P: yeah!
D: ok. well, what have I been missing in your social history? because you look quite healthy! are you on… do you take any contraception thing, or…?
P: yes, I'm on the pill.
D: pill, ok. for how many times?
P: sorry?
D: since when?
P: for about 7 years.
D: do you have sexual disease or stuff, no?
P: no, not now, no. I'm fine!
D: ok. oh sorry, do you have children?
P: yes, I have a child. just one.
D: are your menstruations regular?
P: yes, they are.
D: they are. when were last ones?
P: about 3 weeks ago.
D: 3 weeks ago, ok. do I miss anything?
P: don't think so…
D: ok. let's talk about the gastrointestinal problem in itself. talking about the diarrhoea, do you have anything in particular to tell me?
P: it's just very annoying!
D: yeah, of course!
P: it's like 7 or 8 times a day! so it's really annoying.
D: yeah, that's what I was about to ask…
P: and I feel like my stools are very dark…
D: dark?
P: yes, they're darker than usual.
D: ok, are they solid?
P: no.
D: no, it's always diarrhoea. do you take anything to relieve diarrhoea?

P: no.
D: not any medications?
P: I've tried some OTC drugs but I stopped after one day because it didn't do anything, it didn't change anything.
D: well, ok. so, do I miss anything on your history, on your symptoms?
P: no.
D: nothing you want to tell me?
P: no.
D: ok, well, considering the symptoms and stuff, I think I'm gonna ask for complementary exams. I'm gonna ask for a colonoscopy and a biopsy. do you know what that means?
P: I'm not sure…
D: not sure… well, a colonoscopy is not a surgical procedure in itself, but it's a procedure in which the doctor is gonna put a camera inside of you in order to just take a look and to see if everything is normal. and the biopsy, do you know what that is?
P: yes.
D: the doctor is gonna take a sample of your… well the prognosis, mine, it could be, I think you could suffer from a colon cancer.
P: wow…
D: do you understand?
P: am I dying?
D: no, no, you're not. I mean, we can't say anything at the moment, we have to wait the complementary exams. oh, the complementary exams are back! well you, I'm sure you have a colon cancer. I'm really sorry to tell you that. I want you to be ready to hear that. you suffer from a colon cancer. so no, you're not dying, not at the moment, treatments exist, and I suggest you to undergo surgery, colonectomy. do you know what that is?
P: er, no…
D: do you understand? no? a colonectomy is a surgical procedure in which we have to remove a part of your stomach, of your colon, sorry.
P: but how am I going to live after?
D: with the surgical procedure, we're gonna like reattach the parts of your guts and it's gonna be fine.
P: ok, because it's cancer, am I going to need chemotherapy or something?
D: it depends. I mean if we can just remove all the tumor and the cancer, if you're cancer-free, after that we could, you won't have to, you won't need to undergo like any chemotherapy, anything, any radiation. but otherwise, you will have to, yeah, you will have to do some chemo, or some radiation. it depends on how you'll be after the surgery.
P: ok, thank you.
D: and I want you to know that I'm gonna be by your side, and it's gonna be… I know it's terrific to say that word cancer, but I want you to understand that it's something like heavy. it's not nothing. so, you're sure you understand it? do you need anything? do you need more informations?
P: I need to process…
D: you need time to process… and if your family have questions, or anything, you can call me.
P: thank you, doctor.
D: I'm sorry, Mrs. Banks. bye.

CANDIDAT 65/
D: hello!
P: hello!
D: can you remember me your name please?
P: it's Maria Banks.
D: ok, I will ask you some questions. have you got a job?
P: yes, I work for the HSBC bank.
D: ok. it's a full-time job?
P: no it's a part-time job.
D: have you got birth control?
P: yes, I'm on the pill.

D: since when?
P: 7 years.
D: did you… have you ever had pregnant?
P: yes I have a child.
D: just one?
P: yes.
D: and all your child are alive?
P: yes.
D: have you got history of STI?
P: yes I had herpes.
D: herpes? what is it?
P: it's an infection you can have it in your mouth or…
D: ok. when was your last menstruation?
P: about 3 weeks ago
D: is it regular?
P: yes
D: I will ask you some questions about your sexual intercourse, are you ok with that?
P: sure.
D: how many times per week do you practise sex?
P: about twice a week
D: what kind of sex is it? oral, anal, vaginal?
P: vaginal.
D: ok. do you use condom?
P: no.
D: no. what brings you here?
P: so I've had this stomachache for some time now. and, it's kind of bothering me.
D: only abdominal pain?
P: yes
D: what kind of pain have you got?
P: it's there all the time, it's constant
D: is it burn? it's…
P: no it doesn't burn?
D: do you weight loss? loss weight?
P: yes
D: have you got fever?
P: no
D: no chills?
P: no
D: have you got any rash or something like that?
P: no
D: concerning your gastrointestinal pain, have you got stools?
P: yes
D: all the day… everyday?
P: yes
D: is it normal or have you got problem?
P: I have diarrhoea
D: did you take a treatment for that?
P: no
D: when did it start?
P: about a week ago.
D: how many times per day? just one?
P: 7 or 8 times a day
D: ok. I checked your vital sign and you don't have fever because you had 37.2°, your heart beat normally 68 per minute, your respiratory rate is normal 14 breaths per minute, and your blood pressure is ok one twenty over eighty. during the clinical exam, I found masses tenderness when I palpate your abdomen. I think you have problem with your colon, so I will prescribe you a colonoscopy and a biopsy.
P: ok, what is it a colonoscopy exactly?

D: it's a examine to show the length… no the… the intestinal tract and you have a tube by the anus and I show all the lining of the intestine
P: why do you prescribe this?
D: to reach for a tumour or something like that
P: ok
D: and if we found a tumour you probably have surgery to practice a colonectomy. have you got any question?
P: yes, does it mean I have cancer?
D: it probably mean that, but it's not sure
P: and what are my chances of survival for cancer?
D: the most early we discover a cancer, the more… the risk of death is… better…
P: and what is treatment after?
D: maybe you will have a chimiotherapy or radiotherapy, we will show after
P: thank you

CANDIDAT 66/
D: good morning!
P: hello.
D: Mrs. Banks? Maria Banks, is it?
P: yes.
D: ok so how may I help today?
P: I'm here because I have stomachache, it's been going on for some time.
D: ok. I understand. I'm sorry this is a procedure but may I ask you questions for you file?
P: sure.
D: do you work?
P: yes.
D: it's a full-time job?
P: no it's a part time job.
D: what's your professional address?
P: I work for the HSBC bank.
D: HSBC. so, you say that you had some pain since when have you had it?
P: for about 2-3 weeks.
D: ok. have you had any specific health problems about contraception? do you use one?
P: yes I'm on the pill.
D: since when?
P: 7 years.
D: have you ever had a child?
P: yes I have a child.
D: ok just one?
P: yes.
D: and only one pregnancy?
P: yes.
D: ok. have you ever had a sexually transmitted infection?
P: yes I had herpes.
D: ok, when?
P: in 2001.
D: you had a treatment for that?
P: yes, they gave me antibiotics and some ointment
D: and it's gone now?
P: yes.
D: when were your last menstruation period?
P: about 3 weeks ago.
D: is it regular?
P: yes.
D: ok, great, so. I'm sorry but to know if it could be the reason of your pain, I have to ask you questions about your sexual practices.
P: ok.

D: I know it can be difficult to talk about it but do you agree?
P: yes.
D: so how often do you have sexual contact?
P: twice a week.
D: ok. which type of practices? I mean…
P: normal.
D: normal? genital?
P: yes.
D: and you protect yourself?
P: no.
D: ok. you have multiple partners?
P: no I just sleep with my husband.
D: ok. so about what you said, you feel painful in your belly?
P: yes.
D: do you have any other… are you in pain I don't know maybe…. you have a headache?
P: no just the stomach.
D: ok nothing else?
P: no.
D: ok, do you… have you…. felt I don't know malaise, weakness, or fatigue? Drowsiness, insomnia?
P: I'm very tired at the moment yes.
D: ok.
P: maybe because of that fatigue I feel weak.
D: ok and you have difficulty eating or nausea? vomiting? no weight loss?
P: I've lost weight.
D: you sometime feel heartburn?
P: no.
D: have you had fever?
P: no.
D: no numbness, tingling? swelling?
P: no.
D: and no bruising or rash or bleeding?
P: no.
D: so about your stomach, do you go often to bathroom for the… when you go to the bathroom did you noticed any diarrhoea or…?
P: yes I have diarrhoea.
D: ok since when?
P: about a week.
D: and did you… have you had try a treatment?
P: no.
D: no? and how often do you go to the bathroom?
P: 7 or 8 times a day.
D: ok and about your stool, do they look normal?
P: well they look as if there was blood.
D: ok. your pain is more in your lower part?
P: yes.
D: so, I'm gonna check your vital sign. your temperature is 37.2°, that's good, that's normal, your pulse is also normal, 68 and your respiratory rate, 14, that's normal too. and nothing was remarkable for your blood pressure which is one hundred and twenty over eighty. so that's also good. is it ok for you if I inspect you? so on inspection I found nothing, auscultation and percussion were unremarkable and palpation I can feel masses and tenderness. so, it may be needed for you to perform to undergo a colonoscopy with a biopsy. do you know what it is?
P: no.
D: in fact, I want to make sure that you don't have any problems inside your bowel. so it's in fact a tube that with a camera on it to make a video and to see your bowel and to see if everything is fine, if you have any polyp, or something like this. thanks to this complementary exam, I'm afraid that you have colon cancer.
P: oh my god!

D: I know but you have to know that we seen it, and thanks to the colonoscopy we seen polyps and adenoms.
P: what is aden…? what is that?
D: it's a tumour in fact. but we can remove it with surgery which is called colonectomy. for this type of cancer the prognosis is most of the time good because we remove it, we've seen it soon, so I don't… you can relax, we will do our best to cure you. do you have any question about the colon cancer or about the surgery?
P: how did I get it? is it something that I can pass on?
D: in fact colon cancer is more or less preventable with lifestyle habits but you know a cancer can occur to anyone at any time, even if you're not a smoker you can have a lung cancer, you know. even if most lung cancer are caused because of tobacco, but it's the same for the colon cancer. in fact if you eat more fruit or vegetables, you will be less at risk to have one but there is always a possibility. but if you want I can give you some advice to feel more secure about it. do you want some?
P: yes.
D: thanks have a good day.

CANDIDAT 67/
D: hello!
P: hello!
D: what's your name?
P: my name is Maria Banks.
D: ok, and what's your employment status?
P: I work part-time.
D: and your professional address?
P: I work for the HSBC in London.
D: thanks. and what about any specific health problems?
P: well, there are a few things… I had herpes…
D: ok.
P: in 2001.
D: thanks. and are you taking the pill?
P: yes, I'm on the pill.
D: and when did you start the pill?
P: 7 years ago.
D: and did you ever have any pregnancies?
P: yes, I have a child.
D: and have you ever had any miscarriage?
P: no.
D: ok. and what about STDs?
P: just herpes.
D: ok, nothing else. and when was your last menstruation?
P: about 3 weeks ago.
D: ok. and are they cycled?
P: yes, they're pretty regular.
D: ok. now I'm gonna ask about your social history. well, how many times… when was your last sexual intercourse?
P: 2 days ago.
D: ok. and how often do you have sex?
P: about twice a week.
D: and do you protect yourself? condoms?
P: no because I only sleep with my husband.
D: ok. great. and now do you feel any pains at all?
P: yes I have stomachache.
D: ok. and about your herpes, does it hurt or not?
P: my what?
D: herpes.
P: oh it's gone now.

D: ok. fine. and general symptoms, do you have any other problems?
P: well I've been feeling very tired for the past month or so.
D: thank you. and nothing else?
P: well, this feeling of exhaustion is often accompanied by weakness, I feel weak.
D: ok. and when do you feel that way?
P: all the time, it's constant.
D: ok, there's nothing triggering?
P: no. it's all the time.
D: and do you sleep well?
P: I sleep well, yes.
D: ok fine. and do you have any problems with your stomach? you said that sometimes it hurts.
P: no my stomach's fine. I can eat that fine, yes.
D: and you have no diarrhoea? constipation?
P: well, yeah, I've had diarrhoea for a week now.
D: ok. and have you taken anything? a treatment?
P: no.
D: and any frequency to your diarrhoea?
P: I go about 7 or 8 times a day.
D: ok. now I'm gonna start the examination. I'm gonna start by your vital signs, your temperature. then your pulse. so I found a temperature of 37.2, which is good, everything is normal. your pulse is at 68 beats per minute and I want to take also your respiratory rate, and I found 14 breath per minute and your blood pressure is one twenty over eighty which is perfectly fine. respiratory rate is also normal. now I'm gonna pass, I'm gonna start the clinical exam. on inspection I found nothing at all, everything is fine. on auscultation I found also nothing and on palpation I felt masses and tenderness on you and on percussion everything was fine. I'm gonna ask for… after the examination I'm gonna ask for a colonoscopy and a biopsy to make sure the masses are benign. and…
P: a biopsy but how… where… why? I mean!
D: I'm gonna simply ask to you to take a date with the secretary for biopsy we're just gonna take a needle and take a little bit of the masses out to analyse it.
P: why do you do this? what do your fear?
D: well, as precaution, because masses can be caused by many diseases and they can be benign too. but masses can also be a sign of a colon cancer.
P: ok.
D: but it's only as a precaution that we're taking the complementary exam. but if we ever found, find something not normal, we're gonna have to make sure that it is not a colon cancer. and if it is, the treatments are surgery or colonectomy. do you know what a colonectomy is?
P: no.
D: we have to surgically remove part of the colon so that it doesn't bother you anymore and the cancer doesn't spread.

CAS CLINIQUE 2 : CHRIS CROSS

CANDIDAT 4/
D: good morning Mr. Cross.
P: hello!
D: get comfortable! so, today just before start, I would like to ask you some question to complete your identity record. and then we can deal with your present problem. ok?
P: ok!
D: so first, I would just like to check your full name, so your first name is Cris? and your last name Cross?
P: yes.
D: so, you're a man?
P: yes.
D: how old are you?
P: I'm 33 years old.

D: 33 years old, ok. and what is your date of birth?
P: the 11th of August 1983.
D: ok and where are you born?
P: in New York.
D: what is your nationality?
P: I'm American.
D: American, ok. what is your marital status?
P: I'm single.
D: single, ok. and who is your general practitioner?
P: it's Dr Keen, K-E-E-N.
D: ok. what is your social sector? social number?
P: it's 5xa 679.
D: ok, and have you a next of kin?
P: yes, it's Miss Cross, my sister.
D: ok, so now we can deal with your present symptoms. so, what's brought you along today?
P: I've been feeling very tired.
D: very tired, ok.
P: and I have that cough that won't go away…
D: so you haven't fever or other symptoms?
P: I have fever. yeah, about 39.1°.
D: ok. are you having also chills?
P: yes.
D: and do you sweat abnormally?
P: I'm sweating a lot.
D: sweating a lot, ok. do you feel numbness?
P: no.
D: and have you tingling?
P: no.
D: swelling?
P: no, everything is fine. it's just that problem.
D: ok, so, fatigue with weakness also?
P: yes.
D: and did you have malaise?
P: no.
D: have you noticed drowsiness?
P: no.
D: and do you eat normally?
P: yes.
D: no nausea or vomiting?
P: no.
D: your loss is normal?
P: sorry?
D: you have loss weight?
P: no.
D: and concerning your stomach? have you noticed heartburn?
P: no.
D: ok, have you also rash?
P: no.
D: no, nothing. so, you say me that you cough one week ago?
P: it started about 3 weeks ago.
D: 3 weeks ago. and your general symptoms start when?
P: about 7 days ago.
D: 7 days, ok.
P: and also, a week ago, I felt extreme chest pain.
D: ok. and when you had this extreme chest pain, all of the symptoms continue?
P: yes.
D: and do you know what cause this pain? what is the cause of this pain?
P: no, I don't know.

D: so you cough. and what is your kind of cough?
P: it's Dry.
D: Dry cough… and when you cough, have you sputum?
P: no.
D: no? ok. and for this cough do you take any treatment?
P: I bought some OTC syrup.
D: syrup. that's all?
P: yes.
D: ok. so now I would like to check your vital signs. so I'm going to check your temperature. your temperature is 38.4. so it's quite high, you have always fever. now I'm going to take your heart rate. so your heart rate is 74 beats per minute. I'm going to take your respiratory rate. your respiratory rate is 20 breaths per minute. and I'm going to take your blood pressure. your blood pressure is 130/70 (one hundred and thirty over seventy). so your pulse is quite high, but… yes, quite high… your respiratory rate also… and your blood pressure it's great. now I would like to perform a respiratory exam. would that be ok?
P: ok!
D: so, I'm going to start with some inspection. so now I'm going to listen in your chest and now I'm going to fill for any abnormality, ok? that's great! and I'm going to tap in your chest. so, on inspection, I found short, shortness of breath… so breathless, ok? and also cough. on auscultation, I noticed crackles. and on percussion, there was dullness. and palpation was alright.
P: ok.
D: so, I need a pulmonary x-ray to check what you have, ok? and the lung… pulmonary x-ray show that you have a pneumonia. ok?
P: ok.
D: so, for this, I will prescribe antibiotics. you have to take one tablet 3 times per day during 1 month. and I will prescribe NSAIDs, it's a medication to reduce your fever. you have to take one tablet every 4 hours when you need. and finally I will prescribe syrup to suppress your cough. and you have to take one tablet, no, you have to take one tablespoonful before sleeping.
P: ok.
D: have you some question?
P: no, it's all good.

CANDIDAT 5/

D: first, I'd like to check that you are the right patient. her name is Chris Cross, is that ok?
P: yes.
D: I'd like to ask you a few questions about yourself as it is the first time I see you. so, when were you born?
P: in 1983.
D: and can you tell me the whole date?
P: the 11th of August 1983.
D: and how old are you?
P: I'm 33.
D: and where were you born?
P: in New York city, in the US.
D: so you are American?
P: yes I am.
D: and are you married?
P: no I'm single.
D: can you tell me the name of your family doctor?
P: it's Dr Keen.
D: and your social security number?
P: so it's 5xa679.
D: and who is your next of kin?
P: well it's my sister Miss Cross.
D: ok. so what's brought you along today?
P: well I've had that chest pain and it's really bothering me.
D: ok. and have you been feeling a bit tired lately?

P: yes, tired and weak.
D: and what's your appetite like?
P: that's fine.
D: have you had any fever?
P: well, yes I was feeling feverish so I took my temperature and this morning it was 39.1.
D: ok. and so it just started this morning?
P: no I've been feeling that way for 5 days.
D: have you noticed anything on your skin like a rash?
P: no.
D: nothing like that?
P: no.
D: and is there anything that makes the chest pain better or worse?
P: no there is actually nothing.
D: and have you been coughing lately?
P: yes.
D: can you describe your cough?
P: it's really dry, it's a dry cough and I've been coughing for about 3 weeks.
D: ok. so you're not coughing anything up?
P: no.
D: are you taking any treatment for that cough?
P: I went to the store and I bought syrup.
D: so now I'm going to take your vital signs if that's ok?
P: yeah.
D: so your temperature is 30.4° so you have a bit of fever and your pulse is 74 beats per minute, your respiratory rate is 20 beats breaths per minute and your blood pressure is one hundred and thirty over seventy so that's fine. I'm going to inspect your chest now if that's ok?
P: sure.
D: so first ill have a look at it, I notice that you are a bit short of breath
P: I am.
D: and you're coughing of course. I'd like to listen to your chest now if that's ok?
P: yes.
D: I hear a bit of abnormal sounds. and I'm going to have a feel at your chest now. I feel nothing abnormal and finally I'm going to tap on it. I feel a bit of dullness. so from all of your symptoms I will request a lung x-ray to be sure of what you have and what's causing your problem. so it's just a simple image of your chest to see what's wrong.
P: ok.
D: now I have the results from it and it seems that you have pneumonia.
P: I heard it was a severe disease.
D: no it's not that severe, it's an inflammation of your lungs but we can treat it quite simply, we will give you a treatment and you will be better in a few weeks your symptoms will disappear.
P: oh ok!
D: so I will prescribe you antibiotics for the inflammation, you will take one tablet 3 time a day for a month. and will take also another Drug to reduce your fever it's called NSAIDs and will take one tablet every four hours when you need it, and finally I will prescribe you syrup to suppress your cough and it's one tablespoon before you go to sleep.
P: ok.
D: so did I forget anything?
P: no.
D: do you have any question?
P: is there anything else I can do to help with my condition? to help get better?
D: for your cough you can take some honey to calm your throat if you want, but for the rest you should just rest a lot and take your medicine carefully.
P: ok thank you.

CANDIDAT 6/
D: hello Mr. Cross.
P: hello.

D: so when were you born?
P: in 1983.
D: in 19…
P: …83
D: and the day of your birth?
P: the 11th of August.
D: thank you. so, what's your age now?
P: I'm 33.
D: and where were you born?
P: in New York, in America
D: ok so you are American?
P: I am.
D: are you married now?
P: no I'm single.
D: and what the name of your family doctor?
P: Dr Keen.
D: can you spell it please?
P: it's K-E-E-N.
D: thank you. can you give me your social security number please?
P: sure, so it's 5xa.
D: sorry?
P: 5xa 679.
D: ok. and what the name of your next of kin please?
P: it's Miss Cross, my sister.
D: ok. so, how do you feel now? are you … do you feel weak or fatigue or…?
P: I've been feeling very weak and very tired.
D: ok. and did you have any malaise recently?
P: no.
D: and or drowsiness?
P: no.
D: do you eat normally?
P: yes.
D: and… do you loss weight recently?
P: no.
D: do you vomiting?
P: no.
D: and feel nausea?
P: no.
D: ok. do you have some chill or sweat?
P: yes.
D: ok. and some heartburn?
P: no.
D: do you have some fever?
P: yes. I was feeling feverish so I decided to take my temperature and well this morning it was 39.1.
D: ok. and for the fever, since when? since this morning or…?
P: no I've been feeling feverish for 5 days.
D: and also for weakness and fatigue for 5 days?
P: that's about the same yes.
D: do you feel tingling or swelling or…?
P: no.
D: do you have some rash?
P: no.
D: and do you bleed or…?
P: no.
D: ok. for the fever or the weakness, when can it be exacerbate or relieving or…?
P: well, there's nothing that will relieve or make my symptoms worse, no
D: ok. so, we will see your respiratory system. so, do you cough?

P: yes, I have a cough?
D: and it is productive or dry?
P: it's dry.
D: ok. so you don't have phlegm or anything?
P: no.
D: since when do you cough?
P: well it started about 3 weeks ago.
D: ok. and do you take some treatment for that?
P: I bought some syrup from the shop.
D: so, I will check your vital signs. so your temperature is about 38.4, your pulse is about 74, your respiratory rate is about 20 and your blood pressure is about one hundred thirty over seventy.
P: is it normal?
D: yes.
P: ok.
D: so I will examine you. on inspection, I can see shortness of breath and a cough, like you said me before. on auscultation, I can hear crackles.
P: is it normal?
D: so… not really. it's not really normal. nothing abnormal on palpation and on percussion I can hear dullness.
P: ok.
D: so, in order to make complementary exam, we, you will have to do a lung x-ray. so, the lung x-ray shows a pneumonia.
P: ok.
D: so, it's a… do you know what is it?
P: not really no.
D: so pneumonia is an inflammation of your lung and it's not really severe. so, for this disease you have to take some antibiotics. one tablet twice a day for one month. you have also to take NSAIDs in order to reduce fever and relieve myalgia, one tablet every four hours when you need it. and you can take also a syrup for your cough, and it's one tablet before sleeping.so do you have any question?
P: is there anything else I can do to help with my pneumonia? like, apart from the treatment?
D: I don't think so…

CANDIDAT 35/
P: hello
D: your name is Chris Cross?
P: yes.
D: when were you born?
P: in 1983.
D: what was the date?
P: the 11th of August.
D: and where were you born?
P: in New York, in the US.
D: so you are American?
P: I am.
D: ok. are you married?
P: no, I'm single.
D: ok, who is your family doctor?
P: it's Dr Keen.
D: can you spell it please?
P: it's K-E-E-N.
D: can you give me your number of the social security?
P: it's 5xa679.
D: and who is your next of kin?
P: it's my sister, Miss Cross.
D: so, now, I will move on the general symptoms

P: sure.
D: what are your symptoms?
P: well I came today because I've been having that horrible chest pain.
D: is it like a heartburn?
P: no it's really in my chest, it's here.
D: ok. do you have fever?
P: well I was feeling feverish so I decided to take my temperature and yes this morning it was 39.1.
D: is it continuous fever?
P: yes I feel feverish all the time.
D: do you cough a lot?
P: I do .
D: is it a productive or a dry?
P: no it's dry.
D: do you feel nauseous, do you feel sick or are you sick?
P: no I'm fine.
D: do you… did you loss weight recently?
P: no.
D: is there any other symptom like fatigue?
P: I've been very very tired, yeah.
D: ok. weakness maybe?
P: yes, I don't feel good, I don't feel good
D: so a Drowsiness also?
P: no.
D: ok. is there any rash on your body?
P: no.
D: nothing… nothing… anything else?
P: no.
D: ok. so about your symptoms, when did it begin?
P: a week ago.
D: and it's until now? you feel, you still feel weakness and…?
P: yes.
D: weak, sorry. ok, is there any exacerbating factor or relieving factor?
P: well exercising will make me cough but there's nothing that relieves my symptoms no.
D: ok. so about your cough, is there any sputum?
P: no.
D: and when did the cough begin?
P: that may be… 3 weeks.
D: and how long has it… no… did you get a treatment for that?
P: I just went to the store and I got some syrup.
D: ok. so, now I will move on your vital signs, so I'm going to take your temperature. give me your arm please. so, your temperature is about 38.4°. your pulse is about 74 beats per minute. and your respiratory rate is at 20 breaths per minute. and I will finish with the blood pulse, so please roll up your sleeve and I found that your blood pulse was about thirty over seventy, so that's it. now, about the clinical exam, on inspection I found shortness of breath and you cough also. on auscultation, I heard crackles.
P: what is that? is it normal is it a good thing?
D: no, it's not a good thing, you have something in your lungs, I think that it's maybe a bacteria. so on palpation, nothing abnormal detected. and to finish on percussion, I noticed dullness. so that's it for the clinical exam. because of your symptoms, I required I requested I request a lung x-=ray. so, x-ray is e device to… that do x-ray so I can see your lungs more clearly. my diagnose is pneumonia. unfortunately it's not a good disease if I can say that. it's caused by a bacteria, and you'll have to take a treatment for that. so I will prescribe you antibiotics, so… one tablet three times per day during, no for one month. I will also prescribe you NSAIDs to reduce your fever and to relieve your myalgia. so you have to take one tablet every four hours when you need it. and also you have to take syrup, it's can cause a sort of Drowsiness but it's for your cough, you'll have to take one tablespoonful before your sleep. do you have any question?
P: am I going to get better?

D: yes if you stick with my advice, I think that the pneumonia will get better and that's it. did I miss something?
P: no.
D: ok, you don't have any other question?
P: no.

CANDIDAT 36/
D: hello!
P: hello!
D: can you remind me your name, please?
P: it's Chris Cross.
D: ok. can you tell me your date of birth?
P: sure, it's the 11th of August 1983.
D: ok. are you married?
P: no I'm single.
D: what's… where is… who is your general practitioner?
P: Dr Keen, K-E-E-N.
D: ok. and your number of social security?
P: 5xa 679
D: ok, thank you. what brings you here?
P: I've been having that cough for about 3 weeks.
D: ok. and how do you qualify your cough? is it productive, dry?
P: it's dry, definitely dry.
D: ok, is there any sputum in it?
P: no.
D: is there any blood?
P: no.
D: do you take any treatment for that?
P: I bought some OTC syrup, but it's useless.
D: ok. so I'm gonna check your vital signs, is it ok? so about your temperature, your temperature is about 38.4. can I take your pulse?
P: sure.
D: your pulse is 74 beats per minute. about your respiratory rate, your respiratory rate is 20. and can I take your blood pressure?
P: sure!
D: your blood pressure is 130/70 (one thirty over seventy). so you have, about your temperature, you have a little fever. and your respiratory rate is a little higher, and your blood pressure, there is nothing abnormal. so I need to do your clinical exam, can I? ok. on inspection, I see that you are short of breath and that you cough, as you say. on auscultation, I listen crackles in your lungs. on palpation, there is… all is right. and on percussion, when I tap, I feel a little dullness. so, according to the clinical exam and your complaint, I request a lung x-ray. so, do you have any question about it?
P: just because of my cough? is it the only thing that…
D: yes, because when you cough you may have some lungs disorder. it's only to check my diagnosis. so don't worry, we wait for the result.
P: ok.
D: did I miss anything?
P: a few of my symptoms!
D: ok. so, do you have any fever?
P: well, yes!
D: since when?
P: about 5 days ago. that started about 5 days ago.
D: is there any rash?
P: no.
D: do you feel numbness?
P: no.
D: did you feel a kind of weakness?

P: yes, and it's associated with being tired. I'm very, very tired.
D: fatigue?
P: yes.
D: did you have any nausea?
P: no.
D: vomiting?
P: no.
D: did you weight loss recently?
P: no.
D: lose?
P: no.
D: so you didn't have anorexia?
P: no.
D: did you feel any heartburn?
P: no.
D: and, with the fever, is there any chills or sweat?
P: yes, chills and sweat.
D: did you feel any swelling?
P: no.
D: bruising?
P: no.
D: is there any relieving… is there something which relieving the pain of your cough?
P: no, nothing.
D: and is there any trigger to your cough?
P: not of my cough, but about a week ago, I was exercising, I was jogging and I felt a horrible chest pain. but it was only that one time.
D: when was it?
P: about a week ago.
D: and what do you did at this time?
P: I was jogging.
D: ok. so, when you did the complementary exams, so I diagnosed pneumonia. so I have to tell you you have a pneumonia. it can be treat, it's not very… it's a quite serious disease. so you need to take antibiotics, it's… the intake is one tablet once a day during 1 month. and you need to take non steroid… anti-inflammatory d… to reduce fever and relieve myalgia.
P: what is myalgia?
D: it's a pain in the muscle.
P: ok.
D: but you didn't noticed it. and you need to take one tablet when you need, when you have muscle pain and when you have fever. and you need to take syrup to suppress the cough. and beware because it may, can make you Drowsy, but you already have this syrup.
P: oh, is it the same?
D: ok.
P: ok.
D: and you need to take once before you sleep.
P: ok.
D: so did I miss anything? do you have some question?

CANDIDAT 37/
D: hello!
P: hello!
D: first, I just wanna do… check your identity. so can you tell me your full name, please?
P: it's Chris Cross.
D: ok, so can you tell me your date of birth, please?
P: the 11th of August 1983.
D: so you are…
P: 33.
D: 33. thank you. and where were you born?

P: in New York.
D: so you are American?
P: yes.
D: what about your marital status?
P: I'm single.
D: ok. so, what's wrong with you? why are you here?
P: well, I have that cough that won't go away.
D: since when?
P: about 3 weeks.
D: and, what triggers your coughing?
P: I don't know, it just came on and it won't go away.
D: anything particularly? is it a dry cough or…?
P: yes, it's a dry cough.
D: so, is there any other symptoms? with your cough?
P: the most important one was a week ago, I was jogging and I felt this intense chest pain.
D: chest pain, ok. was it constrictive?
P: yes.
D: yes. and, did you take something? painkiller?
P: no, it just went away, like that.
D: ok. are you on… are you taking medication…
P: for my cough?
D: no, sorry. are you on medication now?
P: no.
D: and for your cough, did you take something?
P: I bought OTC syrup, but it's useless.
D: useless, ok. is there something, one position or something that alleviate your pain or exacerbate your pain?
P: no, nothing.
D: do you feel nauseous?
P: no.
D: no. do you have fever?
P: yes.
D: is it cyclic or continuous fever?
P: it's continuous, I guess.
D: and since 3 weeks?
P: no. the fever started about 5 days ago.
D: 5 days ago, ok. and, is there other symptoms you should tell me?
P: this cough… it makes me very weak and very tired.
D: very tired, ok. so you sleep a lot?
P: yes.
D: and some drowsiness?
P: no.
D: do you do weight loss?
P: no.
D: lost weight… no. so, is the colour of your coughing… ok sorry…? so, nothing else?
P: not that I can think of!
D: have you difficulty breathing?
P: well yeah it's a bit difficult because of the cough.
D: so, now I'm gonna to take your vital signs. and your temperature is quite high, 38.4. your blood pressure is normal 130/70 (one thirty over seventy), your respiratory rate is 20, it's a little quickly and your pulse is 74. so, I'm going to inspect you.
P: ok.
D: your respiratory system, I can see you're coughing and you have difficulty to breathe. now I will auscultate your lungs. so can strip out to the waist?
P: sure.
D: I can hear crackles in your lungs. so, I don't have to palpate your chest, it's ok. and then I will tap your chest, and I can find dullness. so, I want you to make complementary exam, an x-ray because I think you have a problem with your lungs. so, the x-rays relieved pneumonia. so you

have to be treated for that with antibiotics. you will take it one tablet 3 times a day during… for 1 month. one tablet, one every 4 hours or when it's needed of NSAIDs, it is medication for, in order to reduce your fever or relieve your myalgia.
P: my what? what is that? myalgia?
D: myalgia it's pain of your muscles, if your muscles hurt you. with that, you can take syrup, if your cough persist. and you should take one tablespoonful before you go to bed. and that's all. and if you are not well, you can go back to see me.
P: ok.

CANDIDAT 68/
D: Mr. Cross?
P: yes.
D: so and you… how old are you?
P: I'm 43.
D: and when were you born?
P: on the 11th of August 1983.
D: 19 sorry?
P: 83.
D: thank you. and where were you born?
P: in New York.
D: ok. are you married?
P: no I'm single.
D: and what's your family doc?
P: Dr Keen K-E-E-N.
D: ok and what's your social security?
P: it's 5xa 679.
D: ok. and who is your next of kin?
P: my sister Miss Cross.
D: ok, thank you very much, I needed this information to build you a file and you know have every information about you. so how can I help you? what are your symptoms?
P: well I've had this chest pain for some time now and it's really bothering me.
D: can you describe the pain?
P: it's dull.
D: ok. and since when have you had this pain?
P: about a week.
D: a week, ok. and, is there anything that makes it worse or better?
P: yes, every time I start being active it makes it worse like simply walking becomes difficult.
D: ok, so that's really annoying?
P: yes.
D: ok, and have you… did you take medication?
P: no.
D: nothing, ok. have you had fever?
P: yes.
D: ok, was it sudden or progressive?
P: it was very sudden, it started very suddenly.
D: ok and is it continuous or is it cyclic?
P: it's continuous.
D: ok and did you measured it?
P: yes, I had 39.1.
D: ok. and did you have chills?
P: yes.
D: ok. did you sweat? have you sweat?
P: yes.
D: ok. do you feel, I guess you feel weak?
P: yes.
D: ok, and have you coughed up blood or…?
P: no.

D: ok. do you vomit?
P: no.
D: ok so that's it. and so I'm gonna… ask you few more questions about your respiratory system, so you... did you... do you… have you, sorry… did you cough?
P: yes.
D: was it productive or dry?
P: it's dry.
D: ok. and since when do you cough?
P: well it's been 3 weeks now.
D: ok, so it appeared before?
P: yes.
D: ok. and so you didn't take a treatment, a medication.
P: I did for my cough.
D: ok for your cough, ok, which one?
P: I took some… I bought some OTC syrup but it was pretty useless
D: ok. so, about your vital sign, your temperature is at 38.4 which is a little bit high, your pulse is at 74 which is normal, your respiratory rate is at 20 which is also a little bit high, it can be linked to your symptoms of course and your blood pressure is at one hundred and thirty over seventy millimetres of mercury which is a little bit high but it doesn't concern me. about your clinical exam now, in inspection I can see dyspnoea and so you cough and on auscultation I can hear crackles. and on percussion we can hear dullness. so, regarding your symptoms I think you may have pneumonia that's why I'm gonna ask for a lung x-ray. so regarding your lung x-ray, you have a pneumonia. do you know what it is?
P: I'm not sure no.
D: it's an infection of your lungs that can be due to a bacteria or a virus and this is why you're gonna need a treatment and you will have to be hospitalized to avoid contamination and to treat you properly.
P: ok.
D: but you do not have to worry, it's a disease that we know how to treat. so, your treatment will be with antibiotics, one tablet three times a day for a month. and non steroids aids to reduce your fever and relieve myalgia.
P: what's that?
D: myalgia?
P: yes.
D: it's..; it the fact that your muscles hurt and are a bit… not numb but… it's a problem with your muscles.
P: ok.
D: and so you will take one tablet every four hours when needed. but you do not have to take for example one tablet every two hours, you really have to wait 2 hours to take this medication. and I will also give you syrup to help you with your cough, it will suppress your cough. but you need to be careful because you may feel Drowsy with it, sleepy, so one not tablet but TB… I don't remember… you will have to take it before you go to sleep since it makes you feel drowsy.
P: ok. and is it something that is contagious? pneumonia? can I spread it?
D: yes, that's why you will have to be hospitalized.
P: oh yes you said that. and how did I catch it then?
D: well probably you know when you breathe of course some bacterias and virus can go into your airways and if you are a little bit tired, or if you have, if your immune system is not strong enough or you know for any reason, it's like you can get a flu, you also can get a pneumonia and it can be linked to the air you breathe, or maybe you have been in contact with someone who has had pneumonia.
P: ok.
D: do you have any other question?
P: no I'm good thank you.

CANDIDAT 69
D: hello.
P: hello.

D: please can you remember me your name?
P: it's Chris Cross.
D: ok. so you re a male?
P: yes.
D: and, when were you born?
P: on the 11th of August 1983.
D: so, where were you born?
P: in New York.
D: New York, ok, so you are American?
P: yes.
D: ok. please can you tell me how old are you?
P: I'm 34.
D: are you married?
P: no I'm single.
D: ok. who is your family doctor?
P: it's Dr Keen, K-E-E-N.
D: ok. can you tell me your social security?
P: it's 5xa 679.
D: sorry can you repeat?
P: 5xa 679.
D: ok. and who is your next of kin?
p:it's my sister Miss Cross.
D: well, so, what brings you today?
P: so I have this chest pain that doesn't go away.
D: ok. do you feel any malaise or weakness?
P: I feel weak, yes, weak and tired.
D: tired. you feel fatigue?
P: yes.
D: yes. do you feel drowsiness?
P: no.
D: no, ok. do you have difficulty to… difficulty eating?
P: no my appetite is fine.
D: ok. do you have nausea or want to vomiting?
P: no.
D: no. no problem of weight?
P: no.
D: ok. you told me that you have a chest pain.
P: yes.
D: it's like a heartburn?
P: no not at all.
D: ok, do you have fever yes?
D: how is it?
P: what do you mean?
D: is it cycle or…?
P: no it's constant.
D: constant ok. and since when?
P: about 5 days.
D: ok. do you feel some chills? or sweats?
P: yes.
D: yes. both?
P: yes.
D: ok. do you have numbness?
P: no.
D: no. tingling? swelling?
P: no.
D: do you have a rash or bruising?
P: no.
D: no, no bleeding?

P: no.
D: ok, so you told me that you are here for chest pain. since when?
P: the pain started about a week ago.
D: ok. are there some, any things that makes it better or worst?
P: better no, not really but worse yes, every time I move, just like walking for example, it gets worse.
D: ok. and about your respiratory system, are you coughing?
P: yes.
D: yes. is it productive?
P: no it's dry.
D: Dry, ok. is there, are there some sputum?
P: no.
D: ok. and, since when have you had this cough?
P: about 3 weeks.
D: and did you take some treatment for this?
P: I bought some OTC syrup but it didn't do much.
D: ok. so, I took your vital sing and your temperature is 38.4 that is high, your pulse is 74 that's quite normal, your respiratory rate is 20 that is really high and your blood pressure is one thirty over seventy that is a little high. concerning your clinical exam, on inspection I can saw that you have difficulty breathing which is dyspnoea and you are coughing. on auscultation, I heard crackles, it's abnormal sound of your lung. on palpation there is nothing remarkable and on percussion, I can heard dullness
P: ok.
D: so, according your result you have to do a complementary exam.
P: ok.
D: lung x-ray.
P: ok.
D: no… according your complementary exam, lung x-ray, I can tell you that you have pneumonia. it's an infection of your lung, that's provoke all your symptoms, but don't worry, there are treatments for this. so I prescribe for you one type, one tablet three time a day during one month. and, also for the fever and for the fever I prescribe NSAIDs, one tablet every four hours when you need it
P: ok.
D: and for your cough, I prescribe you a syrup one teaspoon before sleeping.
P: ok.
D: is there any question?
P: is there anything I should know about the treatment? any side effect or anything?
D: syrup you have to take it before sleeping because maybe it can help to sleep.
P: ok. and pneumonia, how did I get it? I don' know.
D: yes it's an infection so… it's a bacteria and…
P: is it contagious? can I spread the disease?
D: yes, you have to be careful with your family if you have children for example, you have to be careful and to…
P: ok

CANDIDAT 70/
D: hello Mister.
P: hello.
D: what's your name?
P: it's Chris Cross.
D: ok Chris, I need first to ask you some question in order to fill out my file, would that be ok?
P: sure.
D: can you tell me when were you born please?
P: on the 11th of August 1983.
D: ok perfect and tell me where were you born?
P: in New York City.
D: ok so you American?

P: yes.
D: ok. so you're male, tell me are you married?
P: no I'm single
D: you're single ok. so how old are you?
P: I'm 34
D: yes ok. tell me, who is your family doc?
P: it's Dr Keen K-E-E-N.
D: ok, thank you. who is your next of kin? the person I can contact if you have problem
P: my sister, Miss Cross.
D: your sister ok. and can you give me your social security?
P: sure it's 5xa 679.
D: ok. perfect thank you. so, tell me how can I help you?
P: so I'm here because I've been feeling unwell for some time.
D: ok.
P: and well I have fever.
D: you have fever? since when?
P: about 5 days.
D: 5 days, is it continuous?
P: yes.
D: yes, is it worsening or just the same?
P: just the same, but it started very suddenly.
D: ok, weird. is there anything associated with your fever?
P: well I have also chest pain.
D: chest pain, ok. your chest pains began in same time than fever?
P: the chest pain started before, it started about a week ago.
D: ok, so tell me specifically about your chest pain, does it radiate?
P: no.
D: no. ok. from 0 to 10 how bad it is?
P: 7.
D: 7, ok. is there anything that increase your pain or maybe a position?
P: not a position but if I exercise, simply walking, makes it worse.
D: ok, and is there anything that makes you feel better maybe?
P: no.
D: no, ok. and when your pain.. when is your pain the most painful? maybe when you go to bed?
P: it's the same all the time.
D: ok, so. fever, chest pain, is there anything, maybe fatigue, weakness?
P: I'm very tried and I feel weak.
D: ok. have you ever nausea or vomiting?
P: no.
D: about your appetite, is it ok, still the same?
P: yes.
D: still the same, ok. and do you have chills?
P: yes.
D: yes. and sweat?
P: yes.
D: yes too. ok, so, ok. do you know maybe what can be the trigger of this fever, chest pain?
P: no idea.
D: no idea ok. and have you tried to take anything? a treatment, medication?
P: no.
D: and is it the first time you feel that?
P: yes.
D: ok, ok. so about your chest pain, so I think this is about your lungs, do you cough?
P: yes.
D: is it a productive cough?
P: no it's very dry.
D: very dry, ok, is it tickly?
P: no.
D: ok. so no sputum. since when do you cough?

P: that cough, it's been at least 3 weeks.
D: 3 weeks, ok. and have you tried to take a treatment against the cough?
P: yes I bought OTC syrup but it doesn't seem to be very useful.
D: ok. just one question, tell me do you smoke?
P: no.
D: no, ok, perfect. so I have in my file your vital signs. I see that your temperature is 38.5°c so that's a little high I think you may have an infection. your pulse is 47… 74 sorry, that's good, beats per minute. your respiratory rate is 20 breaths per minute that's too much, in a normal situation you would have 12 breaths per minute, so that's too much. that's why I think you have an infection in your lungs. your blood pressure is one thirty over seventeen mmhg, that's a little high but it's not, not annoying. about your clinical exam, on inspection I found shortness, that you have shortness of breath and that you cough. on auscultation I heard crackles, crackles that's abnormal sounds you have when you have an infection of your lungs, that's not very severe, it's… on palpation no abnormalities was found and on percussion I found dullness, so dullness is one of the symptoms of the infection of the lungs.
P: ok.
D: so to be sure that you have an infection, a lungs infection I need to perform some complementary exam. for example, I think the best is to make lungs x-ray, would that be ok? you agree?
P: sure.
D: ok. so I think it's a pneumonia. your disease is a pneumonia, this is not, this is an infection of your lungs, don't worry, this is not very severe. with the good treatment you will feel better in a few days, well week I think. so, in order to feel better I will prescribe you antibiotic, one tablet, you have to take it one time per day for one month. I will also prescribe you a treatment to reduce your fever and to reduce your myalgia.
P: what is that?
D: this is when you, how you feel painful, when your muscles are painful.
P: ok.
D: so this is NSAIDs and you have to take it, one tablet every four hour when needed of course, not every time. I also prescribe you a syrup to reduce your cough, to make you feel better, more conformable. you have to take one table before sleep.
P: ok.
D: if you respect these treatments; there is no, no reason that you have any complication or something. do you have any question?
P: is it contagious?
D: yes pneumonia is contagious, so you're single, but maybe you can take a mask when you go outside, just for the… the first week. after this your antibiotic, there, is no more contagious.
P: ok, ok. and can it get worse?
D: with treatment, normally no, but if you don't take treatment yes, it can worsen. this is an infection so it's bacteria and they can continue to grows and makes your symptoms worsening. but with treatment, it will be ok.
P: ok, thank you.

CAS CLINIQUE 3 : JESSICA TAUB

CANDIDAT 7/
D: hello Mrs. Taub.
P: hello.
D: I believe that it's your first time here?
P: yes.
D: so I need to ask you a few questions about yourself before we deal with your current problem. so can you tell me again your name?
P: it's Jessica Taub.
D: ok, and what's your date of birth?
P: it's 25th of June 1995.
D: ok. so you're 21?

P: yes.
D: are you on a special… on a particular diet?
P: I'm lactose and gluten intolerant.
D: ok do you suffer from diabetes?
P: no.
D: high blood pressure?
P: no.
D: or asthma?
P: no.
D: ok. so you don't have any particular treatment?
P: no.
D: what about your allergies? do you have any type of allergy like food or medication?
P: so food there is of course lactose and gluten, as I said and in terms of medication allergy, I'm allergic to aspirin.
D: ok any insect allergies?
P: no.
D: or pollen?
P: no.
D: sticking plaster?
P: no.
D: iodine?
P: no.
D: what type of reaction is it? for lactose and gluten?
P: it gives me abdominal cramp, stomachache.
D: and what about aspirin?
P: it gives me a rash.
D: alright. now I'd like you to tell me about your family history. so does your father suffers from… suffer from any particular condition?
P: well he's dead now.
D: ok.
P: he had bowel cancer.
D: when was it?
P: a few years ago.
D: and how old was he when he passed?
P: 59.
D: ok. what about your mother?
P: sorry?
D: what about your mother?
P: she's fine.
D: any particular disease?
P: no.
D: ok. so now we can deal with your current problem, so what brought you here today?
P: I have abdominal pain.
D: ok.
P: and I can't keep my food, so it's a problem.
D: do you have nausea with your vomiting before?
P: yes.
D: does it lead to you eating less?
P: yes I don't want to eat because I know I'm going to be sick.
D: did you lose weight?
P: yes I did.
D: and does it cause any chills or sweats?
P: no.
D: any fevers?
P: no.
D: ok. do you have other symptom? like heartburn?
P: no.
D: do you sleep well?

P: yes.
D: ok. so you are not drowsy?
P: no.
D: you… and besides the vomiting, do you feel weak during the day?
P: no.
D: ok. your abdominal pain… where is it located?
P: it's everywhere.
D: everywhere, and what kind of pain is it?
P: it's not constant, it's stabbing kind of pain.
D: ok. is it more in the morning or in the afternoon?
P: it's when I eat, after eating.
D: ok. does it cause any diarrhoea too?
P: yes.
D: ok. since when?
P: I would say since last month but it's not all the time, it's on and off.
D: ok. and when it happens, is it for a few days or only one day?
P: it depends.
D: ok. did you take anything for treat it?
P: no.
D: and how often do you think it happened during the last month?
P: I don't know.
D: less than 10 times?
P: it's about 3-4 times a week.
D: ok. can you tell me a bit more about your faeces when you have diarrhoea, is it… what colour is it?
P: it's very dark.
D: dark. and is it very liquid?
P: yes.
D: ok. ok. so, now I would like to take your vital sign if that's ok with you?
P: yes.
D: so your temperature is 36.9, so it's ok, you don't have any fever, your pulse is 70, your respiratory rate is 15 and your blood pressure is one hundred and twenty over eighty. so your vital signs are totally normal.
P: ok.
D: I would like to have a feel of your stomach, if you allow me?
P: yes.
D: on inspection, I can see that it's distended… distend
P: ok.
D: so, can I palpate it?
P: yes.
D: my hands are a bit cold excuse me! so you… do you feel any pain when i…?
P: yes it's very painful.
D: more on the right side or on the left side?
P: it's everywhere.
D: I feel tenderness and guarding, do you know what it is?
P: I'm not sure no.
D: tenderness is when you're in pain when I touch it and guarding is when your abdomen… it's when your stomach is more rough, when I touch it.
P: ok.
D: on auscultation I hear sounds so your transit… your gastrointestinal sounds are ok. and I don't detect anything on percussion.
P: ok.
D: regarding the clinical exam, I'd like you to …I would like to perform a blood test. so the blood test result came and the final diagnose is Crohn's disease, do you know what it is?
P: no.
D: so Crohn's disease is a condition where your bowels are inflamated, so there are too much inflammation in it and that causes abdominal pain. it's a pretty severe condition, so we'll need

to treat it but it's treatable. I will prescribe you prednisone, it's corticosteroids and you will have to take one pills every day, once a day for 4 months, ok?
P: ok
D: did I forget anything? do you have any questions?
P: is it something that is curable?
D: no, it's, you will have to learn to live with it, but nowadays it's very treatable and it will may, you will may need to have surgery if the disease increases. but if you take your treatment well, we can manage it.
P: ok
D: and I help you processing it
P: ok, thank you.

CANDIDAT 8/
D: hello!
P: hello!
D: are you Jessica Taub?
P: yes I am.
D: Taub?
P: yes.
D: ok, so you're female, alright?
P: sorry?
D: you're a female?
P: yes, I am.
D: ok and can you tell me when you were born?
P: yes, on the 25th of June 1995.
D: ok. so you're…?
P: 21.
D: I need to know if you follow any diet. specific diet?
P: yes, I'm gluten and lactose intolerant.
D: ok. do you take any medication?
P: no.
D: no diabetes? no high blood pressure? no asthma?
P: no, no asthma.
D: and do you have any allergy? food?
P: yes. so, in food there's lactose and gluten.
D: and if you eat gluten or lactose, what happen?
P: I have abdominal cramping.
D: any allergy to medication?
P: yes, to aspirin.
D: and what happen?
P: it gives me a rash.
D: ok. and allergy to insects?
P: no.
D: and pollen?
P: no.
D: no, ok. now I need to ask you a few questions about your family history. is it ok?
P: yeah.
D: about your father or mother, do you have any family history of cancer?
P: yes, my father, he had bowel cancer and he died, yeah, he died.
D: because of the cancer?
P: yes, because of cancer.
D: and, how old was he?
P: he was 59.
D: and nothing else about your family history?
P: no, that's it.
D: your mother is still alive and well?
P: yeah she's fine.

D: so, what's brought you along today?
P: well I have a problem with my eating… I don't feel like eating at the moment…
D: ok.
P: so as a consequence I've lost weight…
D: anything else?
P: well I… maybe the fact that I don't want to eat is because I keep having nausea and vomiting.
D: ah ok. how do you feel generally overall?
P: I'm ok, it's just that I'm not eating.
D: no fever? no chills?
P: no.
D: ok. so, what about your faeces?
P: yes?
D: is it normal? frequency?
P: well… it's just I have diarrhoea
D: how often?
P: I go between… it can be from 2 to 10 times a day, it depends…
D: ok. and did you take any treatment against…?
P: no.
D: since when?
P: about 5 weeks… it's not every day, it's not constant.
D: ok. and no constipation?
P: no constipation, no.
D: I need to take your vital signs, if that's ok?
P: ok, yeah.
D: I will take your temperature, ok, it's 36.9… and can you give me your wrist? i'll take your pulse… it's 70 per minute. now, I would like to take your respiratory rate, ok it's 15 per minute and if you could roll up your sleeve please, I would like to take your blood pressure… it's 120/80 (one twenty over eighty).
P: is this normal?
D: yeah it's perfect! if you could just lie down on the couch, I would like to inspect your bowel. I see that you have a distension… your belly is quite big… and I would like to listen… I hear sounds…
P: is it normal to have sounds?
D: I think no…
P: ok!
D: now, I would like to palpate your belly… it seems to be painful?
P: yes!
D: and I would like to tap on your belly… I think everything is ok… ok, so now, you will have to need a blood test, to take a blood test. then, it will confirm Crohn's disease.
P: what is Crohn's disease?
D: do you know what is Crohn's disease? it's a chronical infection of your bowels. so, it's a disease that a lot of people can cope with this, but you'll have to follow a special diet, as you already do. so I think if you're serious with your health and if you take the medication I will prescribe, it will control the disease. so you should take prednisone, it's by mouth and you'll take it every day during 4 months.
P: is it an antibiotic or…?
D: no, no. it's corticosteroid, it's against the infection.

CANDIDAT 9/
D: hello!
P: hello!
D: are you Jessica Taub?
P: yes.
D: ok, I will ask you some question to be sure that you're the patient that I have to see.
P: ok.
D: so, can you tell me your date of birth, please?
P: sure, it's the 25th of June 1995.

D: thank you. so, your age, you are?
P: 21.
D: ok, can you tell me if you are a specific diet?
P: yes, I'm gluten and lactose intolerant.
D: ok. have you some particular disease like diabetes or high blood pressure or asthma?
P: no.
D: have you some allergies?
P: yes.
D: food allergies maybe?
P: gluten and lactose.
D: yes, right. what sort of problem can be …?
P: with my intolerance?
D: yes.
P: I have abdominal cramping.
D: do you have medication allergies?
P: yes I'm allergic to aspirin.
D: and it gave you some rashes?
P: yes, some rash.
D: are you allergic to the pollen?
P: no.
D: and to stinging insects?
P: no.
D: ok. in your family is there some members who have… had particular disease?
P: yes, my father had cancer.
D: ok, what sort of cancer?
P: bowel cancer.
D: ok. anything else about your family history?
P: no.
D: ok, so how do you feel in general?
P: at the moment, I'm not… I haven't been feeling very well. I feel like I can't eat.
D: you can't eat? but you want? but you can't?
P: I'm not really hungry…
D: you're not hungry. do you have some nausea?
P: yes.
D: ok and sometimes you vomit or not?
P: yes.
D: do you sleep well?
P: yes.
D: ok. are you… have you some weakness?
P: no.
D: are you tired sometimes or you sleep well and everything is ok?
P: no, I'm ok.
D: ok. sometimes have you some lost of consciousness?
P: sorry?
D: have you sometimes some lost of consciousness?
P: no.
D: do you lost weight?
P: yes.
D: how many weight do you lost?
P: about 5 kilos.
D: about your sweat, it's more or no difference?
P: it's normal.
D: do you have some heartburn?
P: no.
D: do you think that you have some fever sometimes?
P: no I'm fine.
D: do you have some problems with your head? like you feel that the… it's not stable?
P: no.

D: do you have some chills?
P: no.
D: ok, so I think the problem is more about your bowel, ok your abdomen. do you have some pain on your abdomen? does it hurt you or not?
P: it's not that bad, I wouldn't say it is painful…
D: you feel sick sometimes but you have no pain?
P: it's ok.
D: ok. so, about your bowel habit, how many time do you go to the toilet?
P: I must admit that I've had diarrhoea…
D: ok.
P: and so I go between… it can be from twice a day to 10 times a day.
D: ok. and, since when, the diarrhoea is?
P: 5 weeks… it's not every day, it's on and off like, one day I have diarrhoea and…
D: ok, it comes and goes, ok… do you take something for that?
P: no.
D: ok. is it the first time that it happen?
P: well I've had diarrhoea before but not that long.
D: ok, about your faeces, it's normal? I think… I know that you have a diarrhoea but is it more black or about the odour?
P: no. it's just the same.
D: ok. so, I will take your vital signs, ok?
P: ok.
D: so I will take your temperature, you have 36.9, so that's normal, ok. about your pulse, you have 70. is it normal too. your blood pressure is 120/80 (one hundred twenty over eighty), so it's normal too, no problem about that, and your respiratory rate is 15, so it's normal. so everything is ok with this.
P: ok.
D: I will inspect your tummy, so, first, I will test if there is some distension. can you please take off your shirt?
P: sure!
D: thank you. alright so I'm just going to feel your tummy. so I can feel that there is a distension, ok? now I'm going to tap on your tummy to hear if it's an abnormal sound… so I can hear that there's a sound.
P: is it normal?
D: is it? not really, because there's dullness.
P: ok.
D: so, now I'm going to palp your tummy… is it hurt? is it hurt you?
P: yes.
D: ok, which part is the most tenderness?
P: the lower part.
D: ok. and, ok, so. there's… the problem comes from your tummy.
P: ok.
D: so, there's a distention as I say and sounds and tenderness. so, I will prescribe you complementary exams, a blood test. have you ever do a blood test?
P: yes.
D: ok. so, the blood test show that you have a problem on your tummy, is the Crohn's disease. do you know what is it?
P: no.
D: it's a chronical… chronic inflammation of your bowel. so, it can affect your bowel, your general state and there's a treatment for that to relieve the symptoms. so I will prescribe you prednisone, it's some corticosteroid and you have to take 1 pill by mouth during 4 months, every day.
P: ok. is it a curable disease?
D: no it's not. it's not a curable disease. but with this treatment it relieve very well the symptoms. do you have any question?

CANDIDAT 38/

D: ok so you are Jessica Taub?
P: yes.
D: ok, I'm' going to ask you some identity question, so when were you born?
P: on the 25th of June 1995.
D: can you repeat please?
P: yes, 25th of June 1995.
D: ok. are you on a specific diet?
P: yes, I'm gluten and lactose intolerant.
D: ok. do you have any disease like diabetes? asthma?
P: no, no.
D: ok. do you have a treatment for gluten intolerance?
P: no.
D: ok. do you have any type of allergies?
P: yes, so food obviously lactose and gluten and also I'm allergic to aspirin.
D: ok and what did it cause when you're in contact with gluten and lactose?
P: stomachache.
D: and with aspirin?
P: a rash.
D: ok. is there any disease that runs in your family?
P: well yes, my father he died of cancer.
D: ok, he died of what kind of cancer?
P: bowel.
D: ok, and what… what age did he have?
P: 59.
D: ok. and your mother was fine, is fine?
P: yes she's fine.
D: ok, good for her. so what brings you here?
P: well I've been having those issues with food, like I can't keep my food.
D: ok, like you feel nauseous?
P: I feel nauseous and then I'm sick, yes.
D: and do you vomit?
P: yes.
D: do you feel tired?
P: no.
D: do you feel weak?
P: no.
D: so you have difficulty eating?
P: yes, well because I'm scared that I might be sick I don't want to eat.
D: ok, so, like you don't want to eat something?
P: no.
D: ok. so you lose weigh?
P: yes.
D: of course! do you have trouble sleeping?
P: no.
D: no. ok and do you have stomach reflux? like heartburn? acid reflux?
P: no.
D: do you feel feverish?
P: no.
D: ok. are you constipated?
P: no.
D: diarrhoea?
P: yes.
D: ok. how, since how long do you have diarrhoea?
P: about 54 weeks.
D: ok, and do you have a treatment for that?
P: no.
D: ok and you going to the toilet how many times per day? for faeces not…?

P: it depends, it can be between twice a day to ten times a day.
D: ok. so I'm' going to check your vital signs.
P: ok.
D: so your temperature is at 36.9°, your pulse is at 70, your respiratory rate at 15bpm and your BP is at one twenty over eighty.
P: ok.
D: so, on inspection I saw distention on your in your gastrointestinal tract, on auscultation I heard sounds in your gastrointestinal tracts, on palpation I found tenderness and guarding, like you have, your abdomen is very tender and I detected nothing on percussion. so given all this things I'm going to order a blood test to see if you have any problems, because of your nausea, vomiting, etc.
P: ok.
D: so I have your results. the diagnosis is that you have Crohn's disease.
P: ok.
D: which is a disease of the gastrointestinal tract. so it's curable, so don't panic, don't worry.
P: ok.
D: you have to take a treatment it's prednisone, which is a corticosteroid, you have to take one pill every day during 4 month.
P: ok.
D: and that's it. I'm checking if I forgot to say anything.
P: ok.
D: you don't have malaise?
P: no.
D: and you don't feel Drowsy?
P: no.
D: and sweat? chills? you feel sweat?
P: no.
D: so I think we got…

CANDIDAT 39/
D: so hello, first what's your name please?
P: Jessica Taub.
D: ok when were you born please?
P: on 25th of June 1995.
D: then how old are you?
P: 21.
D: ok. are you on a specific diet?
P: yes I'm lactose and gluten intolerant.
D: ok. and have you some, did you have any diabetes or any problem of blood pressure?
P: no.
D: ok, and do you have any respiratory problem?
P: no.
D: ok. do you have any allergies?
P: yes, of course to lactose and gluten and also to aspirin.
D: ok. and what does it cause?
P: what?
D: your allergies to aspirin first.
P: to aspirin it gives me a rash.
D: and to lactose and gluten?
P: it gives me stomachache.
D: ok. ok, about your family, is there any disease which runs?
P: yes, my father had cancer.
D: ok what type of cancer?
P: bowel cancer.
D: ok. and is he still alive today?
P: no he died because of that a few years ago.
D: ok, sorry.

P: that's ok.
D: so your father ok, and another relative, no?
P: no.
D: ok. so and today what brings you here?
P: well I'm here because I've been feeling weird, I can't keep my food.
D: you can't?
P: keep it, I get sick all the time.
D: so you're sick so you vomit, you're vomiting? nauseous?
P: yes.
D: ok. ok and do you feel weak or tired?
P: no.
D: no, ok. do you have difficulty to sleep?
P: no.
D: do you have some chills or sweat, do you have fever?
P: no.
D: ok. and recently, so you can't eat so maybe you weight loss?
P: yes.
D: yes, ok. and so you can't eat because you have a loss of appetite?
P: because I know that I'm going to be sick so I just don't eat.
D: ok and do you have some… so you said me you have some stomachache but do you have some heartburn or something like that?
P: no.
D: ok. and how is your bowel movement?
P: well, I've had diarrhoea for some time.
D: ok. and since when do you have diarrhoea?
P: it started last month.
D: last month ok. and is it regular or…?
P: it's on and off it depends.
D: it depends ok. and did you get any treatment for that?
P: no.
D: no, ok. and so how often do you have diarrhoea?
P: it depends it can between two times a day to ten times a day.
D: two times to ten times a day?
P: yes.
D: ok. ok, so now I'm' going to check your vital signs.
P: ok.
D: so please roll up your sleeve and let me take your blood pressure, so it's one twenty over eighty millimetres of mercury so it's ok. now give me your wrist please, and I'd like to take your pulse, so it's 70 beats per minute which is normal too. then I'm going to take your temperature, it's 36.9° which is normal too, and finally I'm going to measure your respiratory rate which is 15 breaths per minute, a little high but quite normal too. so now can you lay down on the couch please I'm going to examine you. so on inspection I saw distension about your gastro… gastrointestinal system, so a little, it's nothing very bad, but it's ok. on auscultation I heard some sounds in your bowels. on palpation I felt a tenderness and a guarding, so it's hard when I touch. and on percussion, everything was normal. so have a little idea about diagnosis but just to be sure I want you to do a blood test.
P: ok.
D: so don't worry, it will be ok, it's to harmful, just avoid to eat before but I think your know. so that's it, do you agree to this exam?
P: sure.
D: so, I have the test results, so you have a Crohn's disease, so sometimes it's due to genetic factors, I don't know if there was a problem like that in your family?
P: I don't know.
D: you don't know ok. but with the treatment I think it will be ok for you. so, don't worry and I'm here if you want, if you have question, if you want to talk, I'm here to support you, and I think all your family, your friend are here for you. so for your treatment, I prescribe you prednisone which is a corticosteroid, which will help you. so, I prescribe you one pill by mouth

every day and during 4 months. and with that I think it will be ok. and we will have to see each other soon.
P: ok.
D: to check all of that.
P: ok. I'm in shock, I'm' not sure, is it curable?
D: all depends on the gravity, but with blood tests we will have more informations, more details, so I can't say that now, but yes… it can…
P: ok.
D: do you have any other question?
P: no.
D: ok, thank you.

CANDIDAT 40/
D: hello!
P: hello!
D: so, what's your name, please?
P: Jessica Taub.
D: ok, can you tell me your age, please?
P: 21.
D: and your date of birth?
P: 25th of June 1995.
D: ok, thank you. I'm gonna ask you just some few question to know about your history.
P: sure!
D: so, can you tell me if you have a special diet?
P: yes, I'm gluten and lactose intolerant.
D: ok, gluten and lactose intolerant, ok. do you have diabetes?
P: no.
D: no HBP too?
P: no.
D: no asthma?
P: no.
D: and do you take a treatment? no, you just don't eat lactose and gluten?
P: yes.
D: and do you have any allergies?
P: yes.
D: are you allergic to food?
P: well, lactose and gluten.
D: lactose and gluten… medication?
P: aspirin.
D: aspirin, ok… and what reaction does it cause?
P: it gives me a skin rash.
D: are you allergic to stinging insects?
P: no.
D: and to pollen?
P: no.
D: ok, and what about your family history? are your both parents alive and well?
P: my father died, he got cancer… bowel cancer.
D: bowel cancer… and what age was he?
P: 59.
D: 59…can you repeat, please?
P: 59.
D: ok. thank you.
P: but my mom is fine.
D: your mum is fine, ok that's great. ok, so what can I do for you? what brings you here today?
P: well I have problems explaining what's happening but I'm not feeling very well, and for some reason that I can't explain, I don't… I can't eat.
D: you can't eat?

P: yeah…
D: ok, so, can you tell me more about it? when did it start?
P: about 5 weeks ago.
D: 5 weeks ago, ok. and do you have any fever?
P: no.
D: no fever, ok. and, how do you feel generally overall? like, are you tired?
P: no, I'm fine.
D: no fatigue?
P: no.
D: no weakness?
P: no.
D: ok, so maybe you feel nauseous?
P: yes, constantly.
D: and do you sleep well?
P: yes.
D: you sleep well. and have you any trouble with heartburn or acid reflux?
P: no.
D: nothing like that? have you lose weight recently?
P: I have, yes.
D: because you vomit?
P: yes.
D: ok. and how many kilos have you…?
P: about 7.
D: 7 kilos in 5 weeks?
P: yes.
D: ok, and have you any chills?
P: no.
D: no fever, no chills?
P: no.
D: ok, do you feel Drowsy?
P: no.
D: no malaise too?
P: no.
D: so I think it's a problem with your gastrointestinal tract. what about your faeces? how is your bowel movements? how are your bowel movements?
P: I've been having those… that diarrhoea.
D: diarrhoea, ok… and when did it start?
P: same thing, about 5 weeks.
D: 5 weeks ago. ok, have you taken any medication to treat it?
P: no.
D: no medication. and what was the frequency of the diarrhoea? like 3 stools, or…?
P: it's not the same every day, it depends but it can be from twice a day to ten times a day.
D: twice a day to ten times?! ok. and have you found blood in your stools?
P: no, I don't think so.
D: no, ok. so I'm going to check your vital signs, is that alright for you?
P: ok.
D: ok, so your temperature is 36.9°… your pulse is 70… your respiratory rate is 15, so that's good and your blood pressure is 120/80 (one twenty over eighty). so it's pretty good! I'm going to inspect you, there is no problem for you?
P: ok. sure.
D: so, on inspection, I found that your abdomen was distend and on auscultation I heard sounds in your gastrointestinal tracts…
P: is this normal?
D: I think there's a problem with your gastrointestinal tracts, so yes it's normal that there are sounds, but we'll see what causes this sound… and on palpation, I noticed that your abdomen was guarding and tender. and your percussion was normal, so that's great. to lay the right diagnosis, I need you to have more tests, so I gave you a blood test to do. do you have any question about it?

P: no…
D: no, that's good? ok, so regarding to your blood test's result, I think you have Crohn's disease. do you know what it is?
P: no, not really.
D: it's like inflammatory disease of your bowel, but we can treat it. so you need to take prednisone, that is corticosteroids, and you need to take one pill per mouth, per oral, every day, for 4 month.
P: so it's a curable disease?
D: yes, it's like we relieve the symptoms, so you will recover. you won't have diarrhoeas anymore and no more sounds, like, we relieve it.
P: ok!
D: you have any question?

CANDIDAT 71/
D: have you ever been diagnosed with diabetes or high blood pressure?
P: no.
D: ok. have you specific allergies?
P: yes, so to food.
D: yes what kind of food?
P: well lactose and gluten.
D: yes.
P: also I'm allergic to aspirin.
D: ok and what kind of reaction do you have when you take aspirin?
P: it gives me a rash.
D: ok and when you eat gluten and lactose, what reaction?
P: abdominal cramps.
D: ok. there is any disease that runs in your family?
P: yes, cancer.
D: ok. who in your family have got, had got cancer?
P: my dad.
D: ok. ok so what brings you here? what are your symptoms?
P: I've had some problems with my belly.
D: yes, what kind of problems?
P: well, first I have diarrhoea and also I have problem digesting I guess.
D: ok. do you feel nausea?
P: yes.
D: yes. vomiting?
P: yes.
D: ok. do you have fever?
P: no.
D: ok. do you have chills or sweats?
P: no.
D: ok. did you weight loss lately?
P: yes.
D: and do you feel insomnia?
P: no.
D: ok. what about your faeces? what are the consistence or…?
P: so it's diarrhoea so it's very liquid.
D: yes, and did you take a treatment for that?
P: no.
D: how many times do you go to the bathroom?
P: it can be from two times to ten times a day.
D: ok. ok, so I will examine you. so first I will check your vital signs.
P: ok.
D: so your temperature is 36.9 which is good, your pulse is 70 which is good too, your respiratory rate is 15 so it's ok and your blood pressure is one hundred twenty over eighty so it's perfect.

now I will examine you, I will examine your belly. so, on inspection I can see distension. on auscultation I heard sounds.
P: is this a good thing?
D: sounds is normal. distension means that you have probably infection or inflammation on your bowel.
P: ok.
D: on palpation I feel tenderness and guarding but there is nothing abnormal on percussion. so based on your symptoms you have Crohn's disease.
P: what's that?
D: so it's an inflammation of bowel and it is chronic so in order to confirm or rule out the diagnosis I want you to have a blood test done ok? so if you have Crohn's disease, I will give you some prednisone, it's corticosteroids and you must take one pill per day during, for four months and you take that with a full glass of water, with meals. ok?
P: ok. can you tell me more about Crohn's disease because I've never heard of it, I mean why did I get that? is it something… is it contagious?
D: no no no it's not contagious. yes it's an inflammation of your bowel and… it's for that that you are intolerant to gluten and lactose because your intestine react very, react no normally about this foods. so, so you can take this treatment in order to release the symptoms. there is also the surgery which consist of colectomy but it's not a necessary, ok?
P: ok. so I will then be cured?
D: unfortunately, it's chronic so we can relieve the symptoms but not cure the disease entirely.
P: and is there anything that I can do to help?
D: yes, you can, so you can eat without gluten and lactose, so that's what you do. try to cut down on salt because it can irritate your bowel. and sugar also, can lead to this symptoms. try to avoid stress, I know that it's not very easy but try to do any kind of sports for example. and that's all.
P: ok, and is there anything, like any activity that I cannot practise at all?
D: oh no you can practise all the activities that you want.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 72/
D: hello.
P: hello.
D: what can I do for you?
P: well, I'm here I have problems with my digestion and, well, it's starting to be scary.
D: yes. excuse me, what's your name?
P: it's Jessica Taub.
D: so you're a female?
P: yes.
D: and where were you birth?
P: in London.
D: and when were you birth?
P: on the 25th of June 1995.
D: yes. and, you have problem of digestion, so can we talk about your diet? are you following any specific diet?
P: yes, I'm gluten and lactose intolerant.
D: so you avoid these two type of food.
P: yes.
D: and have you got any chronic disease?
P: no.
D: no diabetes? no HBP?
P: no.
D: and, so you are intolerant to gluten and lactose, and have you any other allergies?
P: I'm allergic to aspirin.
D: aspirin?
P: yes.
D: and when you take aspirin by mistakes, what type of reaction it produce?
P: it gives me a rash.

D: a rash, a skin rash?
P: yes.
D: and in your family, is there any medical history?
P: yes… my dad died of cancer.
D: and what type of cancer?
P: bowel cancer.
D: oh. and at… how old was… he was?
P: he was 59.
D: 59. so about your problem of digestion, what are the symptoms?
P: well, I have diarrhoea.
D: diarrhoea. and for how many days?
P: for 5 weeks.
D: 5 weeks.
P: on and off yes.
D: have you take any treatment for that?
P: no.
D: just diarrhoea?
P: for my bowel yes.
D: yes. you have not vomiting or nausea?
P: oh yes I vomit and I'm nauseous.
D: have you lost some weight?
P: yes.
D: yes, too. and have you got fever?
P: no.
D: so no chills or sweat?
P: no.
D: and, are you tired or weak?
P: no.
D: no. and, you have diarrhoea for 5weeks and what type of diarrhoea?
P: what do you mean?
D: what the frequency of it?
P: it can be from twice a day to 10 times a day.
D: twice to ten times. and you haven't take any treatment for 5 weeks?
P: no.
D: so I'm gonna take your vital signs. let's check your temperature, you have 36.9°c it's a little low but that's good, your pulse is at 70, your respiratory rate is at 50, 15, and your blood pressure is one hundred and twenty over eighty, that's good. and I'm gonna inspect your belly. so, I found little distension, I'm gonna auscult you too. I heard little sounds.
P: is that normal?
D: yes, it's your transit, that's not… and can I palpate your belly?
P: sure.
D: it may be a little cold.
P: ok.
D: and I feel tenderness, but and guarding. so I'm gonna prescribe you a blood test to check if there are some bacteries in your blood.
P: ok.
D: and… regarding your intolerance, to gluten and lactose, for the moment I think you have Crohn disease, it's a very important diagnosis but don't worry we are gonna see it together. and for the moment I'm gonna prescribe you a treatment, corticosteroid once pill a day for 4 months and that's all.
P: ok. can you tell me more about the disease? is it something that I can be cured from?
D: it's a chronic disease, it's a bowel inflammation and that's why you have diarrhoea for 5 weeks and there is no cure for that. but there is a treatment for the, for the symptoms. so, the diarrhoea will stop. and we'll see in the future… how to treat that together.
P: ok. and is it going to be always the same, or is it going to worsen, the symptoms?
D: it may be worst, I'm not gonna lie but we will do everything for control the disease.
P: ok. thank you.

CAS CLINIQUE 4 : JIMMY KEEN

CANDIDAT 10/
D: hello.
P: hello.
D: what's your name?
P: it's Jimmy Keen.
D: ok what is your date of birth?
P: it's the 28th of January 1994.
D: so how old are you?
P: 22.
D: where did you birth? where did you was born? where you was born?
P: in Berlin in Germany.
D: so you are Germany?
P: yes.
D: do you have a job?
P: yes I'm a sports teacher.
D: ok, since when?
P: since last year.
D: do you have position or specific duties?
P: it's just that with my job I'm outside a lot.
D: ok. so you are not susceptible to be exposed by toxic substance?
P: no.
D: and you don't have a specific equipment?
P: I just wear warm clothes because I'm outside.
D: do you smoke?
P: yes.
D: how often do you smoke?
P: every day.
D: and how many cigarettes?
P: about 15.
D: 15 per day?
P: yes.
D: and do you practise sport?
P: I run.
D: ok. how often?
P: every day.
D: and… do you have… do you… how many hours do you run per day?
P: just one.
D: how many kilometres?
P: about 7.
D: are your vaccinations up to day?
P: I think so, yes.
D: have you had childhood disease?
P: yes, yes, yes… I know I had whooping cough and also bronchiolitis.
D: ok. so you never had chickenpox?
P: no I don't think so.
D: ok. how, how… how are you feeling today?
P: ok! I'm good, I'm good!
D: ok. did you have a weight loss recently?
P: no.
D: or loss of appetite?
P: no.
D: are you fatigue?
P: no.
D: do you have a sense of ill-feeling?
P: no.
D: ok. do you have abnormal beats? or rhythm?

P: I'm not sure I understand.
D: I'm talking about your cardiovascular system
P: I don't know.
D: ok. and do you have chest pain?
P: at the moment no, but yes I've had chest pain before.
D: ok. this week or…?
P: actually it's when I run.
D: ok. and since when?
P: since when what?
D: since when do you have chest pain?
P: it's not all the time, it just happened I don't remember when, it happened.
D: so only when you run?
P: yes.
D: and so, it… it appears one hour?
P: oh no, it lasted about 10 minutes.
D: ok. and what type of pain is it?
P: it was constrictive.
D: does it radiate?
P: no.
D: and how is your pain during the day?
P: I don't feel it, it's just when I run.
D: ok. now I'm going to review your vital signs. I will check your temperature, so your temperature is 373° so it's normal. I will now check your pulse, your pulse is 92 bpm, it's normal. and now I will check your respiratory rate, it's 19 bpm, so it's a little bit high but it's yes it's a little bit high. and now I will check your blood pressure, your blood pressure is one hundred thirty over seventy, that's normal too. so I think you have asthma.
P: ok.
D: it's a disease due to genetic or environmental factors. it occurs when you have a physical activity regular and very physical. you can't cure this disease, but you can prevent the symptoms with Ventolin. so I will prescribe you Ventolin, one spray when you have the attack. also, you should take a Nicopatch. the first month you will take 21mg, so one patch per day, the second month also one patch per day but 14mg and the third month, also one patch per day but 7mg. did I forget anything?
P: I don't think so no.
D: do you have any question?
P: why do you prescribe Nicopatch?
D: it's because you smoke a lot, every day and I think it would be better if you smoke a little bit less. because if you stop to smoke, maybe you will have not asthma anymore, so I think it's time to begin to stop smoking.
P: ok

CANDIDAT 11/

D: ok, so good morning, just before we are going to start, I just want to make sure that I've got the good record. can you please tell me your full name?
P: it's Jimmy Keen.
D: ok. so, I'm a little bit, well I don't really know with your hair, you're a male?
P: yes.
D: right. just wanted to check. just a few more question about you, when were you born?
P: on the 28th of January 1994.
D: ok. so how old will you be now?
P: 22.
D: yeah, perfect. where were you born?
P: in Berlin, in Germany.
D: ok. so, you've the German nationality or…?
P: yes.
D: are you employed at the time?
P: yes. I'm a sports teacher.

D: a sports teacher. when did you start?
P: in September.
D: in September of this year?
P: yes.
D: ok. I'm just writing information that I'm sure I've got everything. ok, so are you exposed to any substances while you are doing your job? ok, right. do you need to take… to wear an equipment?
P: just warm clothes.
D: warm clothes.
P: I'm outside a lot.
D: ok. even during winter? even during this time? ok perfect. and do you have specific duties?
P: no.
D: ok, perfect. some other question… do you smoke?
P: yes.
D: how often do you smoke?
P: every day.
D: every day… ok, perfect. and how many cigarettes per day do you smoke? do you know?
P: about 15.
D: 15 oh my god that's a lot! do you know that smoking is not really good for your lungs?
P: I know…
D: ok, I have to tell you, but I think you give you some piece of information if you want to stop or if you want to considerate stopping, one time?
P: why not!
D: why not, ok! when did you start?
P: 7 years ago.
D: 7 years ago? ok. did you already try to stop or…?
P: no, never.
D: never, ok. is that only cigarettes or do you do drugs?
P: just cigarettes.
D: just cigarettes, ok. do you… I bet you do some physical activity if you are a sports teacher, so what kind of activity is it?
P: I run.
D: you run. is that the only thing that you do?
P: yeah. I run every day.
D: you run every day, ok. and when did you start doing this every day?
P: 4 years ago.
D: 4 years ago, ok. well, you're running and smoking, do you know that those 2 things are not that good for you?
P: er, no!
D: ok, I will give you the piece of information and you will see this. so, well, because you're a sport teacher, you don't do anything else like showing the kids some kind of activity?
P: yeah but, it's just 5 minutes in an hour so it's really… it really doesn't count!
D: ok. do you wear specific equipment too during…?
P: no.
D: ok, ok. I just have a few questions now about your past medical history. about your childhood disease, do you remember having some diseases such as whooping cough or varicella, stuff like this?
P: I think my mom said I had whooping cough and bronchiolitis.
D: ok. so, no chickenpox?
P: no.
D: no scarlet fever or mumps?
P: no.
D: nothing like this. how is your appetite like?
P: it's fine!
D: it's fine… ok you didn't lose weight or gained weight, I mean…
P: no.
D: ok. about the cardiovascular system, did you feel any chest pain or…?
P: it's not really pain, it's more like tightness.

D: tightness, ok. and some abnormal beats sometimes?
P: no.
D: it's going too fast, too slow?
P: no.
D: even while you're running or something like that?
P: well, when I'm running of course, but…
D: but not something abnormal?
P: no.
D: and do you feel any fatigue at all or…?
P: no.
D: no, nothing? ok. so now I'm going to ask you what brings you here today.
P: well it's because of something that happened yesterday. I was running as usual, and at some point I felt that horrible pain in my chest.
D: ok, how long did it last?
P: about 10 minutes.
D: ok. so it was only in your chest or does it radiate to somewhere else?
P: no, just in my chest.
D: just in your chest, ok. did it happen again?
P: well it was yesterday…
D: just yesterday, not today, ok. was it after you were running or while you were?
P: while I was running and I had to stop because I couldn't breathe.
D: oh! ok. did this already happen before?
P: no.
D: no, not like this?
P: no.
D: ok, so did you do anything to make the pain better, I mean to relieve the pain?
P: I stopped!
D: you just stopped, ok. and did you start to run again after? or did you walk?
P: no, I walked home.
D: ok, you walked home, perfect. ok, so well, when you came back home, did you take anything?
P: no.
D: any medication?
P: no. but I felt better.
D: you felt better when you came back home?
P: it was gone.
D: ok. and from 0 to 9, how bad was your pain?
P: it was 7.
D: 7… ok. so it was in your chest, no radiation at all? I just sum up to make sure I didn't forget anything. so, is there anything else that you want to tell me about this pain? did I forget anything?
P: no I think that's it.
D: ok so you had some difficulty to breathe when it happened, ok. well so I think I've got everything. I'm going to take your vital signs.
P: sure.
D: can you roll up your sleeve for me, please?
P: sure.
D: so I want to tell me if at any moment you feel any pain, ok? so, I'm going to take your temperature now… so, you've got 37.3°, so that's ok, it's not high, it's not fever. ok, I'm going to take your pulse now, is that ok?
P: yes.
D: ok, no problem. you got 92 beats per minute, so it's a little bit high… did you… how did you come here?
P: by bus.
D: by bus, ok. that's a little bit high, but that's ok don't worry! and I'm going to take your respiratory rate… that's ok? ok, you've got 19 breath per minute, well that's a little bit high, normally it's around 12 breath per minute, but that's ok. and I'm going to take your blood pressure. is that ok?
P: yes.

D: and you've got 130/70 (one hundred and thirty over seventy), that's good. well so, regarding to your symptoms and your pain, I've diagnosed some asthma. so that's nothing that you need to worry about. it's ok, something that a lot of people have, a lot of people can cope with it today. you don't… it won't affect you everyday life, I mean you just have to take a treatment of course because it's still a disease but it's nothing, well, nothing frightening. you don't need to worry, you don't have to threat, you shouldn't threat I want to say, so well that's ok. for the treatment, I prescribe Ventolin, so it's a spray, something that you will have to put in your mouth, ok?
P: ok.
D: and I prescribe 1 spray when you have an attack. so, when it feels like… when you had… when you will have the same episode as you had the last time when you were running, you will need to have 1 spray of this Ventolin. so that's means that you don't need to forget it, you need to bring it with you everywhere because it can happen at any time. in your case, it seems to be more when you're doing exercise, so regarding that the fact you're a sport teacher, you might need to carry it on you, ok? I also prescribe some Nicopatch, so this is for your smoking addiction kind of thing! because you smoke a lot per day, I will give you all the information, and the Nicopatch will help you to stop or slowly reduce the amount of cigarettes that you will smoke per day. is that ok for you?
P: yes.
D: ok, so I prescribe a Nicopatch of 21mg, it's 1 patch per day, and you will do this during one month. and after we are going to reduce the amount of the product so you will have to take a Nicopatch of 14mg, so 1 patch of 14mg per day during another month, and after if it's still working, you can slowly reduce it and take another Nicopatch of 7mg this time, per day, during one another month.
P: ok.
D: is that ok?
P: yeah!
D: do you have any questions about this, about the treatment? about diagnosis?
P: no.
D: do you feel like you need to tell me something else?
P: no!
D: ok, so did I forget anything?
P: no!
D: ok, perfect!
P: thank you!

CANDIDAT 41/

D: hello, I'm Dr X and you're jimmy Keen, is that right?
P: yes.
D: thank you, so I would like first to know your date of birth, please?
P: sure, so the 28th of January 1994.
D: perfect, and so your age, please?
P: I'm 22.
D: where do you come from, please?
P: I come from Berlin in Germany.
D: thank you so much. so, what do you do for your living?
P: I'm a sports teacher.
D: since when?
P: since September.
D: and, are you exposed to any specific, dangerous product, or…?
P: no.
D: no protection, so it's ok?
P: it's just that I must wear warm clothes because I'm outside all the time.
D: ok, thank you. and you are a sport teacher in a high school? can you tell me which school it is?
P: Hippolyte Fontaine!
D: I know, it's a good school!
P: that's the closest one!

D: and in your social life, do you smoke?
P: yes.
D: ok, how often?
P: every day.
D: how many cigarettes per day?
P: 15.
D: and, what type? just normal cigarettes?
P: yes, cigarettes.
D: fine. so I guess you do sport!
P: yes, every day.
D: what type of sport?
P: I run, I run one hour every day.
D: ok, and nothing happened? you didn't fall or anything?
P: no.
D: and are your vaccines up-to-date?
P: I think so…
D: ok, great. so, what's bring you here? loss of weight?
P: no… it's… last week, I experienced something for the first time. I had chest pain, like constrictive chest pain and I couldn't breathe.
D: ok, and so you couldn't breathe and how long does it stay that sensation?
P: about 10 minutes.
D: so, it was constrictive and this happens again?
P: it was the only time but it was really scary.
D: and any other symptoms like fatigue, or…?
P: no.
D: no… all fine… ok. so, now I'm going to take your vital sign, first your temperature.
P: ok.
D: so, your temperature is 37.3 (thirty-seven dot three)… it's ok, now your pulse, it's 92… your, now I'm gonna take your respiratory rate… it's 19 breath per minute and to finish your blood pressure it's 130/50 (one thirty over fifty) so it's ok. so, regarding your vital signs and your symptoms, I think it's pretty clear that you've got asthma.
P: ok.
D: it can start at different times of age, so what I'm going to do is I'm going to prescribe you Ventolin. you will have to take one spray when you feel the attack comes. and then for the cigarette and for your smoke, maybe if you want to start stop smoking because it's bad for asthma… do you want or?
P: well… do I have a choice?
D: it's better to stop, it can make thing worse so… it's better for your health…
P: ok.
D: so for that, Nicopatch 21mg, so one patch per day for a month, then 14mg one patch per day for another month after, and then 7mg one patch per day the third month. are you… have you understand everything? that alright? do you have questions?
P: can I still practise sport?
D: it depends if it's sport that is really I don't know to say… if it's calm down sport you can, but if it's too much, you will may have an asthma… an asthma attack.
P: so, should I stop jogging every day? should I stop running every day?
D: I think if you continue running and this happen, you will have to stop. if you continue running and your asthma stay correct, that's ok, but just don't be excessive with your sport training.
P: ok, alright, I will try.

CANDIDAT 42/
D: so hello.
P: hello.
D: what's your name?
P: it's Jimmy Keen.
D: ok so how old are you?
P: 22 .

D: ok, when were you born?
P: on the 28th of January 1994.
D: ok, where were you born?
P: in berlin, in Germany.
D: ok. so do you have a job?
P: yes I'm a sports teacher.
D: sport teacher, ok. since when are you a sport teacher?
P: last year.
D: so what do you do as a sport teacher?
P: well I train kids.
D: are you exposed to anything such as dust or…?
P: no but cold.
D: do you wear protective equipment?
P: well I wear warm clothes especially in winter time.
D: ok. do you smoke?
P: yes.
D: since when?
P: 7 years.
D: how often?
P: every day.
D: ok and how many cigarettes everyday ay?
P: about 15.
D: 15. ok. so, do you have any physical activity?
P: yes, I run.
D: you run, ok. how often?
P: everyday.
D: every day. ok. so, have you ever had childhood diseases?
P: yes, I think I had whooping cough when I was a child and I know for sure I had bronchiolitis.
D: ok, perfect. so you never had jaundice or varicella or chickenpox?
P: no, I don't think so.
D: so recently have you lost or gained any weight?
P: no.
D: ok, have you felt ill or tired?
P: no.
D: ok, have you lost your appetite?
P: no.
D: have you ever had cardiovascular problems?
P: no.
D: no, ok. so, what brings you here?
P: yesterday when I was running I suddenly experienced a very pain in my chest.
D: ok, acute pain. ok so it began yesterday. does the pain radiate?
P: no.
D: ok. so what kind of pain was it?
P: it was very constrictive.
D: constrictive, anything else?
P: no.
D: so, how long did it last?
P: about 10 minutes.
D: was it the first time?
P: yes it was the first time.
D: ok. was there any exacerbating symptoms or relieving factors?
P: I believe it was caused by the effort, so, because it was too intense I stopped running and after 10 minutes it stopped.
D: ok and from o to 10 how bad was it?
P: it was a 7.
D: 7. ok. did I miss anything?
P: no I don't think so, no.

D: ok. so now I'm going to check your vital signs. I'm going to take your temperature, so your temperature is 37.3°, so it's normal. I'm going to check your pulse, so your pulse is 92 beats per minute, so it's a bit high. I'm going to check your respiratory rate, it's 19 breath per minute, so it's good. and now I'm going to check your blood pressure, and so your blood pressure is one thirty over seventy. so, I think you have asthma, so it's a disease that affects the bronchus.
P: ok.
D: stopping, preventing you from breathing so that's why you had pain. and so you die or anything it will kill you but, you will have to take a treatment to prevent crisis. ok, so you will have to take one spray of Ventolin when you have an attack, so when you running or if you feel you have an attack or anything. and for, because you are smoking, I will give you Nicopatch. so you will have to apply one patch every day during… for 1 month, of so 21mg. and then another patch 14mg, one patch every day for one month. and then another patch 7mg, one patch every day for one month. do you have any questions?
P: why do I have to stop smoking?
D: the smoking worsen asthma and it causes… I think it is what caused your asthma.
P: ok.
D: so if you don't want to have asthma attack I advise you to stop smoking.
P: alright, thank you.
D: no other question?
P: no.
D: ok.

CANDIDAT 43/
D: so, do you have a job, are you still student?
P: no, I'm teaching, I'm a sports teacher.
D: since when?
P: since September.
D: and, are you expose to repetitive motion?
P: yes.
D: yes. and do you wear specific equipment?
P: no, juts very warm clothes during winter, because I'm outside.
D: ok. do you smoke?
P: yes, I do.
D: how many cigarettes do you smoke per day?
P: 15.
D: 15. so I guess you do sport?
P: yes, I do.
D: how often do you sport?
P: I run one hour every day.
D: and that's all?
P: yes.
D: ok. now I need to know if you have had specific disease in your childhood.
P: I'm not sure, I don't remember very well…. I remember I have problems with my lungs… but can't remember the name of the diseases.
D: maybe whooping cough?
P: maybe that's what I had whooping cough…
D: and do you remember anything else?
P: there was something else when I was a baby…
D: maybe jaundice? it's frequent.
P: no…
D: or bronchiolitis?
P: yes, that's the one.
D: have you lost or gained weight recently?
P: no.
D: no and how is your appetite?
P: it's fine.
D: alright. and how do you feel? any fatigue, no?

P: no.
D: and so what brings you here today?
P: yesterday when I was running, I suddenly felt that intense pain in my chest.
D: it was the first time?
P: yes, it was the first time.
D: how long does it hurt?
P: about 10 minutes.
D: and it happens only one time?
P: yes, it was the first time.
D: can you describe me the pain?
P: it was a very constrictive type of pain.
D: yeah. between 0 and 10 how bad was the pain?
P: 7.
D: and, alright. does the pain radiated?
P: no.
D: no. now, I need to check your vital signs. so I will begin with temperature. your temperature is 37.3, so it's pretty normal. now your pulse, it's 92. it's maybe a little high for someone who does sport regularly? your respiratory rate is 19, it's a little too hight. and then your blood pressure, it's 130/70 (one thirty over seventy). it's normal. so, considering you, all you symptoms, I think you may suffer from asthma.
P: ok. do I need any complementary exams or…?
D: well, we… we can do an effort test, to check if it's really asthma. so, for the treatment you will need to take Ventolin. you will take one spray in case of asthma attack. and if you want to stop smoking, I can prescribe you Nicopatch.
P: do I have to?
D: it's better for your health, and smoke is a trigger of asthma so it can lead to asthma crisis, and it's better to all health to stop. so for the Nicopatch, you'll have to take one patch of 21mg per day during one month. and then, one patch of 14mg per day during one month. and then, 1 patch of 7mg during one month.
P: ok.
D: and then you can stop.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 73/
D: hello I'm Dr X, what's your name please?
P: it's Jimmy Keen.
D: ok so when were you born please?
P: on the 28th of January 1994.
D: so how old are you?
P: 22.
D: alright. when were you born?
P: on the 28th of January.
D: where?
P: oh sorry, in Berlin in Germany.
D: alright. so do you work?
P: yes I'm a sport teacher.
D: alright. where do you work?
P: in Germany in Berlin.
D: ok. do you have specific position during your job?
P: no.
D: since when do you work as a?
P: I started in September.
D: September, alright. do you, are you exposed to any toxic substance?
P: not toxic but I'm standing a lot in the cold during winter.
D: alright. and do you wear some protective equipment?
P: well I wear warm clothes.
D: ok! do you smoke?

P: yes I do.
D: how many packs do you smoke?
P: I smoke about 15 cigarettes a day.
D: ok. so do you do sport?
P: yes.
D: what type?
P: I run.
D: run, alright. how often?
P: every day, one hour every day.
D: right. do you have any problem when you run?
P: no.
D: have you ever had some childhood disease?
P: yes, my mum told me that when I was a kid I had bronchiolitis and whooping cough.
D: ok. no chickenpox?
P: no.
D: ok. do you, do you lose weight recently?
P: no.
D: no. do you have a loss of appetite?
P: no.
D: alright. are you tired?
P: no.
D: ok, do you, do you feel that you are sick?
P: no I feel fine.
D: ok, do you have any, any chest pain?
P: well at the moment no, but what happened was that yesterday when I was doing my every day run, I had to stop because all of a sudden I had chest pain and difficulty breathing.
D: alright. do you, do you know if your beats was abnormal?
P: well I was jogging so it was probably a bit higher than it should.
D: ok. so, how many, how many times does it last? your pain?
P: about 10 minutes.
D: 10 minutes. right. what type of pain?
P: it was constrictive.
D: alright. it was the first time that…?
P: yes.
D: so now I'm' going to take your vital sign.
P: ok.
D: so I'm' going to take your temperature, so well you have 37.3 that's fine, now can you roll up your sleeve please in order to take your blood pressure? so you have one thirty over seventy that great, and your pulse is 92 that's a little high and your respiratory rate is 19 that's quite good. so, thanks to… according to all that you told me, I think that you have asthma. do you know what is this?
P: not sure.
D: it's when your, your lungs have difficulty to breathe and you have some wheezing respiration when you breathe and it's, we can't, we can treat this but not cure.
P: ok.
D: it's only a treatment for crises and it's Ventolin, you have to take one spray when an attack occur.
P: ok.
D: and for your, your smoke, because you are a smoker you have to place some Nicopatch of 21mg for one month, then 14mg for one month and then 7mg for the next.
P: but this is to make me stop smoking?
D: it's an help in order to reduce your consumption in order to stop this.
P: but I don't want to stop!
D: it's for your health..
P: yes but I've always been healthy so far so.
D: it's not a good thing because you have asthma, it's a problem for your asthma, so you have to reduce
P: so does it mean that I'm going to have more crises more attacks like that?

D: yes I think.
P: so should I stop running as well?
D: no but when you have asthma you have to stop run, running and take your Ventolin and if you reduce your consumption of tobacco you have, you will see the asthma get improve, get better.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 74/
D: hello.
P: hello.
D: what is your name?
P: it's Jimmy Keen.
D: so jimmy I presume that you're a male?
P: yes.
D: when were you born?
P: on the 28th of January 1994.
D: ok and what, how old are you?
P: so I'm 24.
D: 24. Jimmy when were you born? where were you born?
P: in Berlin in Germany.
D: so I presume that you are German?
P: I am.
D: ok. let's talk about what you do on every day. where do you work at?
P: I work in a high school, I'm a sport teacher.
D: and since when do you started working at..?
P: I started in September.
D: and at your work do you have any, any problem with for example the duties or…?
P: no the only thing is during winter I'm outside a lot so I wear warm clothes.
D: only for winter?
P: yes, summer is not a problem.
D: jimmy, do you smoke?
P: yes I do.
D: and how many towns a day?
P: about 15 a day.
D: 50?
P: 15 a day!
D: 15 a day? ok! I presume that you do sport since you are a sport teacher.
P: I do I run.
D: what kind of sport? running, only that?
P: sorry?
D: running, only running?
P: yes.
D: ok. did you, do you remember what disease you had when you was a child?
P: my mum said that I had bronchiolitis and whooping cough.
D: ok. no measles? no mumps?
P: no.
D: ok. and do you… have you… gained or weight, gained or lost some weight this time?
P: no.
D: ok. do you have a loss of appetite?
P: no.
D: ok and you does not, you do not feel tired?
P: no.
D: ok. do you have any problem when you, when you breathe? like any problem on your…? any problem breathing? you feel any pain?
P: right now I'm ok but what happened was that yesterday when I was running all of a sudden I had to stop because I had chest pain and difficulty breathing.
D: ok. so you said, where's located the pain? on your chest?

P: yes.
D: and when you were running?
P: yes.
D: did the pain started all of a sudden?
P: yes.
D: and how, how much did it last?
P: about 10 minutes.
D: ok, and this happens every time you run or?
P: no it was the first time.
D: it was the first time, it was located only on your chest?
P: yes.
D: ok Jimmy, now I have to check your vital signs.
P: ok.
D: do you mind to remove your shirt so I can take your temperature?
P: sure.
D: ok Jimmy. I took your vital signs and I can see that you have 37.3° for temperature, your pulse is at 92 betas per minutes, your respiratory rate is at 19 breath per minute and your blood pressure is at one thirty over seventy mmhg. for me these signs are all normal.
P: ok, good!
D: so, I suspect a beginning of asthma, but I think that we have to do complementary exams, maybe x-rays of your lungs.
P: ok.
D: as a treatment, you have to take Ventolin and Nicopatch.
P: why Nicopatch?
D: Nicopatch is for… it's for your smoking habitat because you smoke too much and you have to start slowing it down, because it might affect your respiratory system.
P: ok.
D: so Nicopatch you have to take 21mg a day for 8 months, then14mg with meals for one month and then 7mg after month, after meal for one month.
P: ok.
D: and Ventolin, you'll have to take one spray each time when you feel an attack.
P: ok.
D: this is for your lungs to relax, to relax your lungs.
P: but does it mean that I have to stop running?
D: I think that you should maybe have to slow down on running a little bit, if you run too much you have to slow down on the running.
P: ok, thank you.

CAS CLINIQUE 5 : MARK THOMPSON

CANDIDAT 12/
D: so, hello, what's your name first?
P: Mark Thompson.
D: ok. mark, when were you born?
P: on the 24th of August 1955.
D: ok, and where? where were you born?
P: I was born in Boston.
D: so you're American?
P: yes I am.
D: what is your blood group?
P: o positive.
D: and, ok… it's a difficult question but are you an organ donor?
P: yes, I am.
D: so, I will now check if your vaccines are up to date. do you know when do you… did you have the DTP?
P: I don't remember, when I was a child I guess.

D: yes, and the MMR?
P: same thing.
D: same, varicella too?
P: yes.
D: do you have a particular diet?
P: no.
D: no food allergies?
P: no.
D: no. now do you smoke?
P: yes, I do.
D: everyday?
P: yes.
D: and what amount?
P: about 10, 10 cigarettes a day.
D: ok. what type of cigarettes?
P: cigarettes.
D: normal cigarettes. do you drink, too? do you drink alcohol?
P: yes, I drink wine mostly, wine.
D: in what frequency?
P: one glass every day.
D: one glass every day, ok. do you practice sport or physical activity like walking?
P: no.
D: ok. so now, what brings you here?
P: I'm feeling strange and I fainted, so I'm worried because I fainted.
D: since when do you feel strange like this?
P: about 2 weeks.
D: about 2 weeks. and do you have other symptoms?
P: well I have heartburn and it's not just after eating, it's all the time…
D: all the time… ok.
P: and I have those numbness in my arms.
D: in your arms? all the time?
P: no, not all the time. it happened once, just before I lost consciousness.
D: ok. so, when do you lost consciousness?
P: yesterday.
D: it was… was it… were it the first time?
P: yes.
D: ok. and what was you doing when it happened?
P: I was cooking.
D: ok. so you were … and so you fall? you fall just after? do you remember?
P: I felt strange, I had… I felt numb, my arm felt numb and then I just… I fell.
D: ok. do you have chills?
P: no.
D: no chills. do you see something different in your life…? I mean a weight loss? weaken?
P: no.
D: drowsiness? fatigue?
P: no.
D: no nausea, vomiting?
P: no.
D: just heartburn, no other symptom?
P: nothing else.
D: ok. so I will examine you, now.
P: ok.
D: first, I will hear your heart… have you… so, the examination is normal concerning the auscultation. do you have a story of heart problems?
P: yes I have tachycardia, I know that.
D: since when?
P: I found out when I was 25.
D: and do you have a treatment for this?

P: no.
D: no treatment. is there a trigger?
P: when I exercise.
D: only in case of exercise?
P: yes.
D: ok, so I will now check your vital signs. so, in fact, your pulse is 101, so you are in tachycardia as you said. your respiratory rate is 13, so it's normal… your temperature is 37.3°, it's normal too. but your blood pressure is about 150/90 (one hundred and fifty over ninety) so it's mean that you have high blood pressure. ok. we will continue the exam. so, your heart… as I said, your heart beats regularly but only a little too fast. on the, when I palpate you, it's all normal and the percussion too, the inspection too. so, according to your symptoms, to the symptoms and the complaints you said me I think that you have a high blood pressure. do you know what it means?
P: no, not really, no.
D: in fact, it's when the pressure of your blood in the vessels is too high, so it's mean that there is a strain on the wall of the arteries and it can cause events, I mean if it's not treated, it can leads to event just like a stroke, like stroke, so… to control it, we can I can prescribe you a treatment.
P: ok.
D: so you have to take statins, 1 tablet of statins every day, at regular hour, but to complete it and to, we can also act on 13/ so that's why it's important to have an healthy diet, balanced diet. so, to, if you want, you can see a dietician, I can give you a name of one if you want, and it's also very important to practice almost physical activity… I don't mean high sport but you can, for example, walk about 30 minute every day to go to work for example.
P: ok.

CANDIDAT 13/
D: hello.
P: hello.
D: tell me would you mind if we start by checking some details.
P: sure.
D: just to make sure that you are who I think you are. so please can you tell me your name?
P: it's Mark Thompson.
D: and how old are you?
P: I'm 61.
D: ok, so can you tell me your full date of birth?
P: it's the 24th of August 1955.
D: thank you. so can you tell me where… where did you born? sorry where were you born please?
P: in Boston.
D: Boston ok, so which mean that you are American?
P: I am.
D: that's good. do you know your blood group?
P: yes it's o positive.
D: and your rhesus group?
P: it's positive.
D: ok. are you an organ donor?
P: yes I am.
D: yes, that's great. so just now I just want to move on some question about your past medical history. ok? so, I'm going to ask you some question, sometime people find it a little bit intrusive ok, but it's just that I want to have the whole picture of your medical background.
P: ok.
D: so, can you tell me if you have you all immunization up to date?
P: I think so yes.
D: yes, do you have the DTP? diphtheria, pertussis, tetanosis?
P: I believe so, yes.
D: do you know the date?
P: no I think I got all my vaccines when I was a child.
D: ok and have you had the major childhood disease?

P: I don’t remember.
D: measles? mumps? rubella?
P: you mean did I have the disease or did I have the vaccine?
D: first the vaccine and then the disease.
P: yes I got the vaccine yes that’s for sure when I was a child.
D: ok.
P: but when exactly I don’t remember.
D: and did you ever have varicella?
P: same.
D: ok. so now I would like to know if you are on a special diet.
P: no.
D: no. and now I’m going to ask you some question about your daily life, your habits, ok?
P: ok.
D: so are you a smoker?
P: I am.
D: yes and how many cigarettes do you smoke?
P: about 10 a day.
D: 10 a day. ok. and have you ever been… have you ever thought about quitting?
P: yes but now it’s too late.
D: ok and do you drink alcohol?
P: yes.
D: yes, how often do you drink alcohol?
P: I drink a glass of red wine every day.
D: ok. and do you have some physical activity?
P: no.
D: never?
P: no.
D: ok. so now thank you first for having answered to my questions. can you tell me now what brought you here today?
P: yesterday I was in my garden and I fainted.
D: ok. ok, so do you feel some weakness or fatigue?
P: no.
D: not at all. any drowsiness or chills?
P: no.
D: not at all. ok, what’s your appetite like?
P: it’s good, it’s good.
D: and do you feel sick?
P: no.
D: at all, ok. and did you have fever?
P: no.
D: no at all, ok. have you noticed any bleeding or tingling?
P: no.
D: nothing, so just you fainted.
P: well I fainted and for some weeks, I don’t know how many exactly, my left arm feels numb.
D: ok.
P: it’s not all the time, it’s not constant
D: ok, and do you have another problem linked to this numbness?
P: no.
D: so it’s painful, is it painful?
P: yes, it’s kind well it’s no.
D: and does it radiate?
P: no.
D: and between 0 and 10 how bad is it?
P: it’s not that… that much of a problem, it’s a 4.
D: ok. ok. and have you lost weight?
P: no .
D: not at all, ok. do you want to add something about your symptoms on your complaint?
P: no.

D: ok. I want to know if you now have, if you ever have any major specific major health problem such as cardiovascular problem.
P: when I was 25, my physician diagnosed tachycardia.
D: ok. ok, and did you receive any treatment for it?
P: no.
D: not at all?
P: no.
D: and does something made this tachycardia better or worse?
P: it was worsened by physical activity.
D: ok. and, that's all. and do you have any heart irregularity?
P: well just the tachycardia.
D: ok. that's good. so now I'm going now to check your vital signs if you want?
P: ok.
D: so first thing I'm going to take your temperature, ok? your temperature is at 37.3.
P: ok.
D: that's good, ok/ and now I'm going to check your pulse and your pulse is at 101 beat per minute ok. and now let's check your respiratory rate; your respiratory rate is at 13, that's a little low. and let's finish by the blood pressure; your blood pressure is at one eighty over ninety. that's a little high, ok?
P: ok.
D: so, would you mind now if we do if we perform a clinical exam?
P: sure.
D: first thing I want you to lie down on the couch and take off your shirt please? thank you. and let's start by an in inspection, I'm just having to have a look at you from the end of the bed and I see nothing abnormal, that's good. so, now let's have a listen to your chest. I'm just going to lay my stethoscope through, on your chest and now I listen that you heart is beating too fast, so yes tachycardia.
P: ok.
D: ok? so now let's palp your chest, ok?
P: ok.
D: I'm just going to have a feel and I feel nothing abnormal. and let's finish with percussion. I'm just going to tap on various part on your chest, ok? and everything is normal, that's good. you can Dress now. and, so I have the pathology report here. and you suffer from high blood pressure.
P: ok.
D: do you know what it is?
P: well I yes I think so, I'm not sure.
D: do you want me to explain?
P: yes please.
D: so this is a chronic disease which involve that there is too much pressure against the linings of your vessels ok? so which can lead to many complication, the first complications are heart disease but you also can have kidney disease and a lot of other disease, ok?
P: ok.
D: so I'm going to prescribe you medications ok? so the first one is statins, you going to take one tablet every day, ok? and that's all for medication. the other advice that I have to give you is first thing about your diet. it's really important to eat a lot of … a lot of fruit and vegetable and be careful with sugar and fatty foods, ok?
P: ok.
D: and the last thing, it's good; it would be good if you have physical activity.
P: but physical activity causes my tachycardia so…
D: but with the statins will control this tachycardia.
P: ok.
D: and physical activity will firstly regulate your weight and help you, help to not improve your disease.
P: ok.
D: do you have any question about this consultation?
P: no I think we're good.
D: and did I forget something?
P: I don' think so.

D: ok, thank you.

CANDIDAT 44/
D: hi Mr. Thompson!
P: hello!
D: so, first of all, I need some information about yourself. so, what's your date of birth?
P: the 24th of August 1955.
D: so how old are you today?
P: I'm 61.
D: and where were you born?
P: in Boston.
D: so you are American?
P: yes I am.
D: and do you know your blood group?
P: yes, I'm o-positive.
D: and are you an organ donor?
P: I am.
D: thank you. so, now, about your medical history, are you vaccine?
P: yes.
D: for what? diphtheria… DTP?
P: I don't know exactly, I'm not sure…
D: tetanus… I think you are because it's obligatory. and measles? mumps? rubella?
P: I guess I was vaccinated when I was a child. I don't remember when…
D: and against varicella?
P: that's probably the same, I don't remember, I probably am.
D: have you got… did you have varicella when you was young?
P: don't think so, I don't know.
D: ok, and are you on a diet?
P: no.
D: now about your lifestyle, do you smoke?
P: yes.
D: you smoke tobacco or…?
P: yes.
D: tobacco. and how many cigarettes a day?
P: about 20.
D: about 20, it's a lot you know.
P: yes, I know.
D: and you smoke inside, outside?
P: yes.
D: do you drink?
P: yes, it's useful to survive!!
D: and you drink a lot?
P: what do you mean? I drink water, I need water!
D: ah! do you drink alcohol?
P: well I drink alcohol sometimes, just not a lot.
D: not a lot. for example one glass every day?
P: yes, about…
D: about or more?
P: 1 glass per day, that's it.
D: and do you practice any sport?
P: no.
D: even maybe climbing up the stairs?
P: well, yes but that's just…
D: just formerly. ok, so what's bring you there… here?
P: I'm quite scared because I've been feeling strange for 2 weeks about… and yesterday I fainted.
D: you fainted yesterday? and what do you mean with strange?

P: I can't explain it really, I don't feel normal, like not like the usual, like the way I feel usually. I've got those heartburns, and they're constant…
D: heartburn, constant heartburn?
P: yes.
D: ok, and maybe when you say strange, you mean like numbness.
P: I do have numbness in my arms.
D: and tingling?
P: no.
D: swelling?
P: no.
D: and, did you bleed… blood… bleed?
P: bleed from where?
D: did you?
P: no.
D: is there anything in your skin?
P: no.
D: did you eat as usual?
P: yes.
D: you don't weight lost recently? lose weight, sorry?
P: no.
D: no nausea? vomiting? nothing?
P: no.
D: and about fever, there is…?
P: no.
D: so except this strange sensation and heartburn, you don't have anything else?
P: no.
D: thank you. and, have you ever known something about cardiac problem for you?
P: yes, I was diagnosed with tachycardia?
D: since when?
P: when I was 25.
D: when you was 25. are you in treatment for that?
P: no.
D: and do you know anything?
P: it's just when I exercise, that's why o don't exercise!
D: ok! and just tachycardia… nothing about irregular rhythm?
P: not that I'm aware of…
D: so, now I will check your vital sign. so your temperature is 37.3° (thirty-seven point, dot, point three). your pulse it's 101. so it's quite a lot, you are in tachycardia. your respiratory rate is 13. so it's ok and your blood pressure is 15/9 (fifteen over nine) so it's too much, also. now I will do the clinical exam, so let me auscult you.
P: ok.
D: so, I can hear the tachycardia, but there is nothing else, as inspection, palpation and percussion. so, as your high blood pressure… your blood pressure is 15/9, you are on, you suffer from high blood pressure. so for that, you will have… you will be under treatment. you have to take statins, 1 tablet every day.
P: ok.
D: and you also need to maybe change your diet, with less salt, less fatty food, etc.… and practice activity. it's not because you suffer from tachycardia you have to stop physical activity, because in fact it's worth you need to practice activity, to cure maybe your tachycardia, to train your heart.
P: ok, and can I be cured from high blood pressure?
D: not really, in fact. we'll check this and maybe we can stop statins, because statins for cholesterol and it's a risk factor of high blood pressure. but you will have to follow a specific diet to check it. have you got any question?
P: no.

CANDIDAT 45/

D: so, hello, I just check, are you Mark Thompson?
P: yes.
D: yes, so I'm going to ask you some questions about your lifestyle.
P: ok.
D: first, when were you born please?
P: on the 24th of August 1955.
D: ok and where, please?
P: in Boston.
D: ok. what's your nationality, please?
P: I'm American.
D: so how old are you?
P: I'm 61.
D: do you know your blood group?
P: I'm o-positive.
D: ok. have you ever think about organ donor? you know if you are…?
P: I am, yes.
D: you are. so, about your medical history, do you know if your vaccines are up-to-date?
P: I don't know.
D: have you already done the DTP?
P: I guess so.
D: a date?
P: when I was a child I guess, I don't know.
D: ok, maybe the measles, mumps, rubella?
P: same thing…
D: you think you did but you…
P: I don't know.
D: have you already had chickenpox?
P: no, don't think so, no.
D: no, ok. do you have any diet? special diet? do you eat all vegetables?
P: yes, I eat everything.
D: ok. sugar?
P: yes.
D: about your lifestyle? do you smoke?
P: yes.
D: from how long?
P: 20 years.
D: ok, how many cigarettes a day?
P: about 10.
D: about 10, ok. do you drink sometimes alcohol?
P: yes, I drink a glass of wine every day.
D: ok, when you are alone or with…?
P: when eating.
D: ok. do you practice any physical activity?
P: no.
D: no, never? you stayed at home?
P: yes.
D: ok. so, now, what brings you here today?
P: well, I've been feeling very strange for 2 weeks, and I'm scared because yesterday I fainted.
D: you lose consciousness?
P: yes.
D: ok. do you know if you have lose weight or…?
P: don't think I have, no.
D: do you think you have any fever?
P: don't think so.
D: ok. now, I'm going to examine you, ok?
P: ok.

D: first, your vital signs. ok your temperature is 37.3°, so you have no fever. your pulse it's 101 beat per minute, it's quite high but maybe you are a little stressed.
P: no, I'm fine!
D: your respiratory rate is about 13 per minute… breath per minute, and your BP is 15/90 (fifteen over ninety).
P: ok.
D: so, do you have any special disease? any hyperpression or cardiovascular, heart…?
P: I know I have tachycardia.
D: since when? do you know?
P: it was diagnosed when I was 25.
D: ok, do you take any treatment for this?
P: no.
D: is your heart regular? still fast but…?
P: I think so.
D: ok. now, on your respiratory system I found nothing abnormal, and when I hear your heart I found tachycardia as you said just before. so, regarding your blood pressure, I think you got high blood pressure, I think it's above the normal rate, so not a serious disease but you have to do some things, ok?
P: ok.
D: first, I'm going to prescribe you statins, ok?
P: ok.
D: you take 1 tablet every day, ok? but more of that, you, I think you have to adapt your diet, ok?
P: ok.
D: I don't know if you eat some vegetables every day?
P: not every day, no.
D: it's very important to do this. and concerning physical activity, maybe if you could walk every day about half an hour it could be very grateful for your heart.
P: ok.
D: ok? do you have any questions?
P: er, not really no.
D: the treatment and the diet and physical activity will help you to… don't… to be in good health, ok?
P: ok. is it a curable disease?
D: no, you have to take it all the day, to adapt your lifestyle. but if you adapt your lifestyle, your blood pressure can decrease, it's curable disease.
P: alright.

CANDIDAT 75/
D: hello, so Mark Thompson?
P: yes.
D: well, where were you born?
P: in Boston.
D: ok, and when?
P: on the 24th of August 1955.
D: ok. what's your blood group?
P: it's o-positive.
D: o-positive ok, are you an organ donor?
P: yes.
D: ok. are your immunization up to date?
P: I think so.
D: do you have a particular diet?
P: no.
D: ok. do you smoke?
P: yes.
D: yes, how many cigarette a day?
P: about 10.

D: ok. since when have you smoked?
P: 20 years.
D: ok. and do you drink alcohol?
P: yes.
D: yes, how often?
P: I drink wine, red wine every day.
D: ok. and do you have physical activity?
P: no.
D: no?
P: no.
D: don't you walk or…?
P: yes, I walk, to go and buy my cigarettes.
D: ok! it's far away from your home?
P: it's 2 minutes.
D: it's a long walk! ok! so what brought you here?
P: well I fainted yesterday.
D: ok. .
P: so… I don't know.
D: do you have any other symptoms? do you feel weak for example before this fainting?
P: no I don't really remember what happened just before but generally overall I feel fine.
D: ok, do you still have appetite?
P: yes.
D: no weight loss?
P: no.
D: ok. well, do you have any cardiovascular problem?
P: I have tachycardia.
D: ok. when did it begin?
P: I found out when I was 25.
D: ok. and do you have any treatment for this?
P: no.
D: ok. well, and is there any trigger which…?
P: to the tachycardia?
D: yes.
P: it gets worse when I exercise that's why I don't actually exercise.
D: ok. well, so, let's check your vital signs if you don't mind. I'm going to take your temperature. so is it 37.3° which is fine, so right now I'm going to take your pulse, 101 which is a bit high, your respiratory rate is 13 this is correct, and right now your blood pressure it's one hundred eighty over ninety, yes this is high. well, I'm… I'm going to… I'm going to hear at your heart if you don't mind? so please take off your high, your top. well, indeed your heart beats a bit too fast, yes. but I don't hear any bruits which is a good point. well, so regarding all your symptoms and the clinical exam, I suppose you have an HBP, it means your blood pressure is too high for your arteries walls. well I'm going to prescribe you a treatment, in order to it get better. you'll have statins to take, well, one tablet every day ok?
P: for how long?
D: for life because if you stop this treatment, the HBP would come back and this is not what we want of course!
P: ok.
D: well, but next to this treatment you will need to change your lifestyle. well first, you'll need to do physical activity, not too intense of course because of your tachycardia. for example you could walk to another tobacco store which is a bit more away, more far. and, there are some physical activity which are less intense such as yoga for example, or you could swim. well, and don't use elevator, try to avoid to take car, walk, as long as you can. well, you told me you didn't have a particular diet, it would be a good idea to be careful about it, for example you should avoid salt, try to cut down on alcohol also because it doesn't help. yes, try to also cut down your fat intake, because yes fatty tissues make another pressure on your arteries and this can lead to thrombose, thromboses, which can worsen the HBP. well, let's see in another consultation in one month in order to see how the evolution of all that. good bye Mr. Thompson
P: bye.

CANDIDAT 76/
D: so good morning.
P: hello.
D: I'm Dr X. so this is the first time we meet us so I would like to know a little more you before we start.
P: sure.
D: so what's your name please?
P: it's Mark Thompson.
D: ok, so you're a man?
P: yes.
D: how old are you?
P: I'm 62.
D: 62 ok. when were you born?
P: on the 24th of August 1955.
D: ok and where were you born?
P: in Boston.
D: so you're American?
P: yes I am.
D: what's your blood group please?
P: o positive.
D: o positive, are you an organ donor?
P: yes I am.
D: ok. are your vaccination up to date?
P: I think so.
D: you don't have your date of vaccination?
P: no.
D: you don't have nothing?
P: I know I was vaccinated when I was a child.
D: you were vaccinated for DTP?
P: probably.
D: you don't know?
P: no.
D: ok. are you on a specific diet?
P: no.
D: no, ok. do you smoke?
P: yes.
D: how many cigarettes per day?
P: about 10.
D: 10 cigarettes per day?
P: yes.
D: ok, for… since when?
P: about 20 years.
D: 20 years, ok. and what type of cigarette do you smoke? cigarette or…?
P: cigarettes.
D: and do you drink?
P: yes.
D: ok. how many glasses per day?
P: juts one.
D: just one and since when?
P: I don't remember.
D: you don't remember ok, and what do you drink? when?
P: red wine.
D: ok and that's all? nothing else?
P: yes.
D: and do you practise some sport?
P: no.
D: ok. so that's all for me so what's brought you along today?
P: well yesterday morning I fainted so my wife insisted I come.

D: ok. and do you lose consciousness or?
P: yes.
D: ok. did you lose consciousness… and did you have symptoms before you faint?
P: I don't remember.
D: you don't remember ok. and do you have another symptoms? or nothing else?
P: well not that I can think of really.
D: ok. and have you had any serious illness in the past?
P: no.
D: no, nothing? not… you don't have any cardiovascular problem?
P: oh yes I have tachycardia.
d:ok, since when?
P: I was 25 when I found out.
D: ok and did you take, do you take a treatment for that?
P: no.
D: no, nothing? and you, what's make your heart beat faster?
P: when I exercise that's why I don't exercise.
D: ok and that's all nothing else?
P: no.
D: ok. did I forget something?
P: don't think so.
D: you don't think so. so I will check your vital sign, would that be ok?
P: ok.
D: your temperature is 37.3 which is totally normal, your pulse is 101 which is too high, your respiratory rate is 13 breaths per minute which is normal, and your blood pressure is one hundred and eighty over ninety, which is normal too, little bit high but…now I'm going to examine your chest
P: ok.
D: so, on palpation I noticed nothing, everything is normal. on auscultation I can hear that your heart beat too fast. and that's all palpation and percussion are totally normal. and now I'm going to examine your lungs. well everything seems to be ok. so, with your symptoms and your clinical exam I think you may have HBP, which mean high blood pressure.
P: ok.
D: so it's when your blood flow in your arteries is too high, so it's this disease can lead to lots of problem like kidney damage, stroke, heart attack that's why it's very important to treat it to avoid all this complication. so, I will prescribe statins, so you have to take one tab every day to treat your HBP.
P: for how long?
D: every day, yes every day until… no every day.
P: ok.
D: of course we have to change your dietary habits because HBP is linked to, can be cause by high, well it can be cause by… how can I say that… well, processed food, salt in your food and the salt can lead to HBP and can cause HBP that's why it's important to cut down on salt to eat maybe more fruit and vegetables, to avoid process food, to cook yourself maybe, and have you ever tried to stop smoking?
P: no.
D: no. you want to try or not?
P: well not really not.
D: not really, you want help maybe?
P: no, I don't want to.
D: because tobacco is one cause of HBP so think about it, it will be good idea to stop smoking; it's good for your health you know? maybe it will be also, you just drink one glass of red wine every day so… you can keep going, it's good for your health, but maybe you can do some physical activity to reduce your high blood pressure too. maybe you can go walking, or swimming, or cycling I don't know, maybe…something like that. so all, so the treatment and all this changement in your, in your lifestyle will help to treat your HBP.
P: ok.
D: do you have any question?
P: no, thank you.

CAS CLINIQUE 6 : KAREN GREEN

CANDIDAT 14/

D: hello!
P: hello!
D: would you mind if I checked out some details first?
P: sure.
D: so can you tell me your… can you state me your name and your date of birth, please?
P: I'm Karen Green and I was born on the 4th of July 1983.
D: ok, thank you. it's just to be sure that you are the good patient. can you spell me your name, please?
P: sure, it's Green.
D: so, what's your age?
P: I'm 33.
D: ok, thank you. so, do you take some medication at the moment?
P: no.
D: no contraception? nothing like that?
P: no, not now.
D: did you have… do you have babies?
P: yes.
D: how much?
P: I have 2 kids.
D: did you need something like a C-section to have your babies?
P: yes.
D: the two times?
P: yes.
D: and did you have any abortion or miscarriage?
P: no.
D: ok. I have to ask you some questions that can be a little bit intrusive but they are routine question. do you want to answer to my question?
P: sure.
D: did you have any sexually-transmitted infection in the past?
P: no.
D: never? ok. about your menstruation, is it regular or not?
P: yes, they were about… yes, regular.
D: ok. and it last one week in a month, or…
P: it lasts about 5 days.
D: ok. thank you. so, I'm going to ask you question about your past medical history. so did you have any serious illnesses in your childhood?
P: no.
D: ok. about your past surgery, have you ever been hospitalized?
P: yes, twice for my pregnancies and once because I had appendicitis.
D: do you remember the dates?
P: in 1997.
D: ok and when did your babies born?
P: in 2010 for the first one and this year for the second one.
D: ok thank you. are you a smoker?
P: no.
D: do you drink alcohol?
P: yes.
D: how often?
P: every day.
D: have you ever tried to quit drinking?
P: I don't have a problem with my drinking, it's just a glass of wine.
D: ok. for how long have you been drinking alcohol?
P: don't know!
D: you don't remember at all? ok. you drink wine or…?

P: yes, wine.
D: thank you. do you do drugs?
P: no.
D: so it's an intrusive question too, so about sexual intercourse, do you have more than one partner?
P: no, just my husband.
D: so, what brought you along today?
P: I'm not feeling very well, I'm, I don't know why, I'm always tired.
D: ok.
P: and I can't sleep.
D: ok, for how long did you had this symptoms?
P: about a month.
D: and do you know what make you be, make you feel this way?
P: I have no idea.
D: ok. did you loss or weight gain in this month?
P: yes because I had a baby a month ago so of course I'm losing weight.
D: ok, but you think that's normal?
P: yes.
D: did you loss some appetite?
P: yes, I can't eat.
D: so, ok. for one month too?
P: no, it's 2 weeks, about 2 weeks.
D: and you didn't eat nothing?
P: can't eat, I'm not hungry.
D: ok, so you've got fatigue…
P: yes.
D: do you feel anxious because of…?
P: yes, a bit.
D: ok. and do you feel anger?
P: yes.
D: about what?
P: about everything really…
D: so you feel a little bit depressed, no?
P: yes.
D: you think so? so, I'm going to check your vital signs, if it's ok?
P: sure.
D: so your temperature is 37.2 so that's good. your pulse is 74, that's good too. your respiratory rate is 14, that's normal. and your blood pressure is 120/90 (one hundred and twenty over ninety), so all is good for you.
P: ok.
D: so I just want to do a physical examination. genitourinary… genital inspection. so I just want you to put down your shirt, if it's ok.
P: sure.
D: thank you, so I'm just going to inspect it. I think it's a little bit pale, but it's may be normal because of your pregnancy. so do you think… did I forget anything for the moment?
P: I don't think so.
D: so I think that my final diagnosis is post-partum depression. but don't be frightened because that's normal because you just had a baby. every woman had… have a post-partum depression a moment after a pregnancy. you won't need any treatment, because all is going to be good in a few weeks.
P: ok. is there anything I can do to feel better?
D: you can maybe go out with your baby, do some sport, go with your friends, do shopping, I don't know…
P: ok.
D: I just forget to ask you a few question about your specific health problem. so do you have any… did you ever had any problem with your heart?
P: well, tachycardia, yes, I have tachycardia.
D: and do you have some treatment because…?

P: no.
D: for how long do you have tachycardia?
P: it was diagnosed when I was 21.
D: ok, but today, all was ok. what about your respiratory system?
P: I have asthma.
D: oh you have asthma… for how long?
P: since the age of 7.
D: and you didn't have any treatment? no Ventolin, no corticoids? nothing like that?
P: I just have Ventolin.
D: Ventolin, ok. and you take it just when you have a asthma attack?
P: yes.
D: ok, and about your central nervous system, do you… did you ever had any problem?
P: no.
D: ok, so juts the depression for today?
P: yes.
D: and did you ever had in your urinary system?
P: no.
D: never… you never had any infection?
P: no.
D: nothing like that?
P: no.

CANDIDAT 15/
D: hello, Mrs. I just need to have a little information about your identity before we can start, if you don't mind.
P: sure.
D: could you please tell me your full name?
P: Karen Green.
D: ok, and what about your date of birth?
P: it's the 4th of July 1983.
D: so you are…?
P: 33.
D: ok. I just need to ask you some intrusive questions about your lifestyle and your past medical history before we can start. is that ok?
P: sure.
D: are you under any contraception?
P: not at the moment.
D: ok. do you have any child?
P: yes, I have two kids.
D: you have tow. did you have more parities? were you… did you have an unborn child for example?
P: no.
D: ok. what about the delivery? was… was it…?
P: C-section.
D: C-section. did you ever have any sexually-transmitted disease?
P: no.
D: and what about your periods? how long do they last?
P: about 5 days.
D: and are they regular?
P: yes.
D: ok. do you have any, about your past medical history, any particular health problem? for example any heart problem?
P: yes, I have tachycardia.
D: ok. and, since when has…?
P: it was diagnosed when I was 21.
D: so 12 years ago?
P: yes.

D: and are you under any medication for this problem?
P: no.
D: is there anything else, for example, any… any problem… any nervous problem?
P: nervous problem? no.
D: ok. any respiratory disease?
P: yes, I have asthma.
D: and is it treated?
P: yes, with Ventolin.
D: and how long has it been bothering you?
P: I was 7.
D: ok. do you suffer from any gastrointestinal…? any urinary tract problem?
P: no.
D: no, ok. have you ever been in hospital?
P: yes, twice for my deliveries, for my pregnancies.
D: ok. what were the date? the year?
P: the first one in 2010 and the second done was just last month.
D: ok. so…
P: and I had appendicitis too.
D: in which…?
P: in 1997.
D: before we can start with your present problem, I still have some important question to understand your symptoms. are you a smoker?
P: no.
D: and have you ever smoked?
P: no.
D: ok. do you drink alcohol?
P: yes.
D: what type of alcohol?
P: I drink wine, I drink a glass of wine every day.
D: ok. is that all?
P: yes.
D: do you do drugs?
P: no.
D: a little more intrusive questions about your sexuality. do you do sex?
P: well, I haven't had sex in 10 months.
D: ok. and, was it heterosexual?
P: yes, my husband.
D: and did you use any condom?
P: no, because I was trying to get pregnant.
D: ok. so, what brought you along here today?
P: well, I've been feeling very bad for about a month.
D: what do you call bad?
P: I'm very tired.
D: ok.
P: but I can't sleep.
D: ok. did you suffer from any loss of appetite?
P: yes, I can't eat.
D: ok, and did you loss weight? did you lose weight?
P: well, because I delivered, last month, of course I lost weight.
D: ok, about…?
P: it's normal, I don't really know.
D: ok. and did you… have you ever felt like that? for example, just after your first delivery?
P: no.
D: that's the first time?
P: yes.
D: and do you feel, for example, nauseous or…?
P: no.
D: ok. and, do you feel angry?

P: yes.
D: yes. and why?
P: I don't know, I can't explain it.
D: and are you suffering from mood swings?
P: yes.
D: and anxiety?
P: yes.
D: I'm sorry for asking that but have you ever suffered from any depression?
P: no.
D: no. so I'm now going to try to understand your symptoms by examinating you. so, I'm going to take your temperature, which is about 37.2°, that is…. your pulse is about 74 beats per minute, so that's good. your respiratory rate is about 14 breaths per minute. and your blood pressure is 120/90 (one twenty over ninety), which is good. now would you mind if I inspect you?
P: sure.
D: so, well, I can see that you have pale skin. can I have a listen to your heart and lungs?
P: sure.
D: ok, so everything is ok. I'm going to palpate you in various parts. so everything is ok. and now I need to tap, also, on various spots of your body. it's ok. and everything ok.
P: good.
D: just, did I forget anything?
P: no, I don't think so.
D: regarding all your symptoms and your past medical history, and social history, I'm pretty sure that you are suffering from post-partum depression. do you know what it is?
P: yes.
D: yes. and I will do my best to help you be more… to be… to heal. and well, as far as you are, as you feed your child, your children with your breast, I think, do you do that?
P: yes.
D: I can't give you any treatment.
P: ok.
D: so I just gonna advise you to rest a lot. and if you want I can refer you to a psychologist.
P: is it necessary?
D: well, you can try to rest at start and you can come back if you want.
P: ok.

CANDIDAT 46/
D: so you are Karen Green?
P: yes.
D: so when were you born?
P: on the 4th of July 1983.
D: you say 19?
P: 83.
D: so what kind of contraception do you have?
P: I don't have any.
D: did you have any children?
P: yes.
D: how many?
P: I have 2 kids.
D: and what kind of delivery you've done?
P: C-section.
D: did you have any sexual transmitted disease or infection?
P: no.
D: when were your last menstruation?
P: 11 months ago.
D: do you have any specific health problem?
P: I have asthma.
D: asthma. since when?
P: since the age of 7.

D: did you have a treatment for that?
P: I have an inhaler, I use Ventolin.
D: do you have previous hospitalization? in the past?
P: so I've been hospitalized for my pregnancies, for my deliveries.
D: so 2 times?
P: yes.
D: when?
P: so 2 months ago and in 2010.
D: and you said?
P: in 2010.
D: did you smoke?
P: no.
D: no. did you drink, do you drink alcohol?
P: yes.
D: what kind of alcohol?
P: red wine.
D: and how many times a week?
P: every day.
D: every day?
P: yes.
D: do you take any drugs?
P: no.
D: so let's talk about general symptoms. did you have any malaise or you feel you have fatigue?
P: I'm very tired yes.
D: no nausea?
P: no.
D: no vomiting?
P: no.
D: did you have other general symptoms that you feel?
P: I'm feeling depressed.
D: depressed. no fever?
P: no.
D: do you have a gain of loss? a gain of weight? during the pregnancy?
P: with the pregnancy I'm not sure.
D: did you loss appetite?
P: yes.
D: yes. did you have any psychiatric disease?
P: no.
D: no problem with… you said just depressed, anxious?
P: yes.
D: do you have mood swings?
P: yes.
D: and you are anger too?
P: sometimes yes.
D: so I'm going to take your vital signs.
P: ok.
D: so for temperature you have 37.2, your pression is about seventy four, your respiratory rate is normal about 14 and your blood pressure is one hundred twenty under ninety, so there is no problem with that. all it's ok. so now, physical examination, with the inspection, with the inspection I can see that you're pale, pallor that you have pallor, and there is no problem for the auscultation, no problem with palpation and no problem with percussion.
P: ok.
D: so for the diagnosis, I can say that you have postpartum depression, maybe caused by pregnancy, is often that when we are pregnant. so for treatments, there is no really treatment for you. you can just stay at home and relax.
P: why can you not give me a treatment?
D: you have no not really symptoms for any disease, just normal way for pregnancy I think so you don't have any treatment for that. and maybe treatment are often dangerous with pregnancy

so there is no risk if you are talking no treatment. just quit alcohol, it can be dangerous for your child.
P: ok.
D: but I don't see anything else.
P: so is it going to be better soon?
D: soon yes of course you're pregnant for 11 months you said you don't have your menstruation for 11 month so maybe in one month and the child was born and it's going to be better for you .
P: ok, thank you.

CANDIDAT 47/
D: ok, so… you're Karen Green?
P: I am.
D: where… sorry… when are you born?
P: on the 4th of July 1983.
D: ok, so your age is…
P: 33.
D: it's right! ok, did you take any contraception?
P: not at the moment but I used to be on the pill.
D: ok, for how long?
P: for 5 years.
D: ok. have you ever been pregnant?
P: yes, twice.
D: twice. ok and you have 2 children?
P: yes.
D: ok. have you ever had STI?
P: no.
D: ok and when was your last periods?
P: about 11 months ago, something like that.
D: ok… is that always like this, or…?
P: I was pregnant, I just got a child.
D: ah ok! have you any health problems?
P: yes, a few.
D: yes, for example cardiovascular problems?
P: oh yes I have tachycardia.
D: tachycardia. for how long?
P: I found out when I was 21.
D: and you in treatment for that?
P: no.
D: ok, anything else? do you remember?
P: I have asthma.
D: since when?
P: since my 7th birthday.
D: ok and you treated for that?
P: I just have Ventolin.
D: ok. have you ever been hospitalized?
P: yes, well twice for my two pregnancies, of course. and when I was younger, I had appendicitis.
D: ok. you don't remember the exact date?
P: it was in 97.
D: ok. and your child, when did you have them?
P: 2010 for the first one and well this year for the second.
D: ok. so do you smoke?
P: no.
D: no, never?
P: no.
D: and do you drink?
P: yes.
D: how do you drink?

P: sorry?
D: how many glasses do you drink?
P: just one glass, one glass of wine.
D: how often?
P: every day.
D: ok. do you do drugs?
P: no.
D: never?
P: no.
D: do you have safe sex?
P: well I haven't had sex in 10 months.
D: ok. and so what brings you here?
P: well, I'm not feeling good. I'm very, very tired.
D: ok, and you have anything with that?
P: I'm very tired but I can't sleep.
D: ok. can you eat? did you eat well?
P: no, I don't eat well, I'm not hungry.
D: not hungry… and did you feel nauseous?
P: no.
D: have you lose weight?
P: no, well yes but that just maternity weight.
D: yes. anything else?
P: no, that's pretty much it.
D: ok. did you have had fever?
P: no.
D: no, ok. did you feel depressed?
P: I'm not feeling good yes.
D: you have anxiety?
P: yes.
D: so I will take your vital signs.
P: ok.
D: your temperature is 37.2°. your pulse is 74 beats per minute. your respiratory rate is 14 breaths per minute and your blood pressure is 12/9 (twelve over nine). so I can see that you pale, but there is nothing in the auscultation, palpation and percussion.
P: ok.
D: so regarding all your symptoms, I think you had post-partum depression.
P: ok.
D: so, it's not bad, it can be treated, but you have to rest and if you… are breastfeeding?
P: I am.
D: so I can't give you any treatment because of that.
P: ok.
D: but I advise you to rest and it's pretty much all you can do.
P: ok.

CANDIDAT 77/
D: hello.
P: hello.
D: can I ask you your name?
P: it's Karen Green.
D: ok, when were you born?
P: on the 4th of July 1983.
D: ok, what age are you?
P: 34.
D: thank you. do you take the pill?
P: no, but before I used to.
D: so actually you don't take the pill.
P: no.

D: and do you use another type of contraception?
P: no.
D: ok. do you have children?
P: yes.
D: how many children do you have?
P: 2.
D: 2 children and you have been pregnant two times?
P: yes.
D: ok. how was your delivery? was it natural or?
P: no I had C-sections, both times.
D: ok. do you know if you have sexual transmitted infection?
P: no, nothing.
D: no, ok. when were your last menstruations? your last periods?
P: 11 months ago.
D: 11 months ago?
P: I just had a baby.
D: ah ok. were your period regular?
P: yes.
D: ok. before everything I should have asked you why you came here?
P: well, I've, I'm not feeling good.
D: you're not feeling good.
P: no, ever since I delivered, ever since I had my baby I'm not feeling good.
D: ok, and do you have specific health problems that could explain that?
P: yes, well I don't know if that could explain that but I have asthma.
D: ok, since when?
P: since the age of 7.
D: ok. do you take any treatment for asthma?
P: I use my inhaler when I need it.
D: ok. does it occur when you do sport or when?
P: yes mostly.
D: ok. anything else concerning I don't know, your central nervous system?
P: no.
D: your cardiovascular?
P: I have tachycardia.
D: tachycardia ok, since when?
P: I found out when I was 21.
D: ok. do you take anything?
P: no.
D: no, ok. and everything is ok concerning your gastrointestinal or gastro urinary system?
P: yes.
D: ok. so you told me you don't feel good?
P: yes.
D: do you feel tired?
P: yes.
D: ok. do you have problems to sleep?
P: yes.
D: you can't find the sleep or?
P: the thing is so the baby is keeping me up all night but when the baby sleeps I try to sleep as well and I can't, can't go to sleep.
D: ok. are there other symptoms that?
P: because if that I'm Drowsy all the time.
D: of course, yes. did you lose weight? of course because of your delivery.
P: yes but otherwise not that much.
D: ok. do you sometimes lose consciousness?
P: no.
D: ok. are you nauseous? do you vomit?
P: no.
D: are you feverish?

P: no.
D: ok. so no chills, no sweat, ok, but you feel weak?
P: yes.
D: ok. I'm going to check your vital signs
P: ok.
D: would you mind taking off your t-shirt please?
P: sure.
D: thank you. so your blood pressure is one hundred and twenty over ninety, that's good. your respiratory rate is 14. your pulse is 74. and your temperature is 37.2°c. so, everything seems normal in these signs.
P: ok.
D: I will look at you from the end of the table to see your complexion. you look a bit pale, maybe because you're, you're weak. I'm going to listen to your heart and to your lungs.
P: ok.
D: I didn't found, didn't find anything abnormal on auscultation. now I'm going to feel any swollen lymph nodes in your neck. no problem and no problem on percussion.
P: ok.
D: I… concerning your, your, how you feel, you feel a bit sad?
P: yes.
D: that's the point of your consultation?
P: yes.
D: your feel depressed?
P: yes.
D: are you anxious?
P: a lot.
D: a lot, because of your baby?
P: yes.
D: before that you were not particularly..?
P: I was ok.
D: do you have mood swings?
P: yes.
D: your family say that maybe?
P: yes.
D: and are you angry sometimes?
P: yes.
D: ok. have you ever been hospitalized for depression or maybe something else?
P: for my deliveries of course and I had appendicitis when I was younger.
D: can you remember the date?
P: it was in 1997.
D: ok, it's ok. and when did you deliver? 11 months ago?
P: no 2 months ago for one and the other one was in 2010.
D: ok. do you smoke?
P: no.
D: no, ok. do you do drugs?
P: no.
D: do you drink alcohol?
P: yes.
D: ok, how many Drinks of alcohol do you consume a week?
P: I drink a glass of red wine every day.
D: every day ok. are you sexually active?
P: no.
D: ok. concerning all you said, concerning your recent delivery, I think you're suffering of post-^partum depression.
P: ok.
D: I want you to have some rest, even if you have the baby, maybe you should ask your family or friends to help you, you must have some rest.
P: is there anything else? can you give me some treatment? to help?

D: no, no because you feed your baby with your own milk so if you take a treatment you will also receive a little part of the Drug in the milk so we can't give you a treatment for the moment.
P: ok, so if I stop breastfeeding you can give me a treatment?
D: yes.
P: alright, and is it normal to suffer from this or is it just me?
D: no it's not just you, many women, it occurs in many women. there is the change in the hormones the delivery it brings many changes in your life and it's normal to feel depressed and sad but it will be better with the time and rest.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 78/
D: hello.
P: hello.
D: I'm Dr Guaragna, so what's your name?
P: it's Karen Green.
D: ok, so when were you born?
P: on the 4th of July 1983.
D: so how old are you?
P: 34.
D: ok. so, are you on the pill?
P: not any more.
D: ok. for how long have you been on the pill before?
P: 5 years.
D: ok. how many children do you have?
P: 2.
D: ok, and for your previous pregnancy, what was the delivery type?
P: C-section.
D: for both?
P: yes.
D: ok. do you have any STD?
P: no.
D: no. ok. when was your last menstruations?
P: 11 months ago.
D: ok. are they regular?
P: yes.
D: ok. are you pregnant right now?
P: I just had a baby.
D: ok. so do you suffer from any chronic disease?
P: I have asthma.
D: ok. since when?
P: since the age of 7.
D: ok. do you take a treatment for that?
P: I have an inhaler, Ventolin.
D: ok, is there anything I need to know about your asthma?
P: no.
D: do you have any other health problem I should know about?
P: I have tachycardia.
D: ok, since when?
P: I found out when I was 21.
D: ok; do you take a treatment for that?
P: no.
D: is there anything I need to know?
P: no.
D: any other disease?
P: no.
D: no gastro intestinal or…?
P: no.

D: ok, perfect. have you ever been hospitalized?
P: yes, so for my pregnancies, for my deliveries of course.
D: ok and when?
P: so 2 months ago and for the first one it was in 2010.
D: can you repeat please?
P: 2010.
D: ok, the first one was in 2010. so do you smoke?
P: no.
D: no, do you do drugs?
P: no.
D: no, do you drink alcohol?
P: yes.
D: how much?
P: I drink a glass of red wine every day.
D: I suppose you know, you shouldn't drink and drive?
P: yes, but it's just a glass.
D: ok and since when?
P: 2 months.
D: are you sexually active?
P: no.
D: no, ok. so, what brought you along today?
P: I'm not feeling good.
D: ok.
P: I'm depressed.
D: ok. are you tired?
P: yes.
D: yes. how is your sleep?
P: not good, I can't sleep.
D: ok. do you feel, you feel low?
P: yes.
D: yes. ok. any nausea? any…
P: no.
D: have you noticed any weight lost?
P: I'm not really sure because of the delivery you know.
D: ok, any weakness? have you lost consciousness recently?
P: no.
D: do you feel drowsy?
P: yes because I'm tired.
D: of course, do you have fever?
P: no.
D: no, ok, no chills, no sweat?
P: no.
D: so you haven't noticed any weight loss. any loss of appetite lately?
P: yes.
D: and sense of ill feeling I think, of course. and you told me that you were tired. so is there any depression that runs in your family?
P: no.
D: no, any anxiety?
P: in my family?
D: yes.
P: no.
D: and right now you feel anxious?
P: yes.
D: you feel depressed too?
P: yes.
D: do you feel angry sometimes?
P: yes.
D: do you have mood swings?

P: yes.
D: ok so, I'm going to check your vital signs.
P: ok.
D: do you mind rolling up your sleeve in order so that I can check your pulse?
P: sure.
D: so your temperature is 37.2°c which is good, your pulse is 74 beats per minute which is also good. about your respiratory rate it's 14 breath per minute which is good too and about your pressure it's one twenty over ninety which is also good, so nothing abnormal here. so I'm going to examine you, inspect you. so first I'm going to have a look at you, so could you please strip to your waist if you don't mind?
P: ok.
D: so, I can see that you look a little pale, I see that later. so then I'm going to listen to your intestines, ok. so, nothing abnormal. I'm going to palpate your abdomen. there is nothing abnormal too. and I'm going to tap on your abdomen to see if there is liquid in there and there is nothing. so my final diagnosis is that you have post-partum depression, do you know what is that?
P: yes.
D: that's why you feel depressed and tired and angry too, because of your depression. so, since you're breastfeeding, ok, I can't give you any treatment because it will impact the health of your baby you just need to rest and take it easy.
P: how, how do you do that?
D: since you have a baby I know that it's complicated to rest but you need to, you need to do less and maybe ask for the father for help. because if you continue like this, it's not going to get better.
P: ok and I mean if I stop breastfeeding can you give me drugs?
D: yes.
P: so I want to stop breastfeeding.
D: are you sure you want to stop breastfeeding?
P: yes.
D: I can give you drugs antidepressant ok, it will help you feel better and it will increase your… if I say so.
P: and how long is it supposed to last?
D: the depression?
P: yes.
D: it depends it depends on the treatment if it works or not and it depends too on the rest you take and the activity you do. you need to start going out, to see people, you know to feel better. have a normal life without any… without too much to do.
P: ok, thank you.
D: do you have any question?
P: no.

CAS CLINIQUE 7 : GEORGE GROOSE

CANDIDAT 16/
D: so, let's get started. first, I would like to check you are the right patient. so can you tell me your full name, please?
P: sure, George Groose.
D: and your date of birth, too?
P: it's the 24th of October 1945.
D: ok thank you. and now, I'd like to move on to some question about you, your history.
P: sure.
D: so have you ever been in hospital?
P: no.
D: ok, and do you have any allergies to some medications?
P: no.

D: and what about food allergies?
P: yes, I'm allergic to peanuts.
D: ok, and what peanuts does to you?
P: they make my throat swell.
D: ok. ok. and what about your job? what do you do?
P: I don't work anymore, I'm retired.
D: ok. any family?
P: er, yes!
D: any disease in your family?
P: I don't know, I don't think so.
D: so, now I would like to know what brings you here today?
P: it's my daughter, she told me to come.
D: ok, and why exactly?
P: I'm not sure.
D: any pain?
P: no.
D: have you noticed anything abnormal such as tingling?
P: no.
D: not at all. ok. and now I'm going to examine you, so I'm going to perform a neurological exam. so I will ask you some question. some question are easy to answer, other are more difficult.
P: ok.
D: so, first, do you know in what year we are in?
P: 2011?
D: not exactly.
P: ok.
D: and you know the season?
P: it's very cold, so it's winter.
D: and the date of the day?
P: no.
D: even the month?
P: well it's winter, it's cold so maybe it's January?
D: ok, not exactly, we are in December. and do you know in what place we are in?
P: here?
D: yes, in what country first?
P: no.
D: no. so I suppose you don't know the town?
P: oh yes I know the town, we're in Dijon.
D: in what district?
P: don't know.
D: and in what place we are here?
P: this is the hospital.
D: yes and do you know the department?
P: no.
D: no, ok. that's good. so, now, I'm going to tell you 3 objects and I want you to repeat them after me. and then, to learn it…
P: ok.
D: because I will ask you later.
P: ok.
D: so, what is it?
P: a watch.
D: yes, watch, a chair…
P: chair…
D: and a pen.
P: ok.
D: ok. so repeat after me please.
P: a watch, a chair, a pen.
D: ok. so we are now going to do some calculation, so I want you to, if you are ok, I want you to subtract 7 from 100 and repeat again in… and then I tell you to stop. so, get started.

P: 100…93…86…79…72…
D: ok, stop. so do you remember the 3 objects I told you?
P: no.
D: no. and, ok. so repeat after me, if you are ok, no ifs, ands or buts.
P: no ifs, ands or buts.
D: ok. and I would like to, I need you to name 2 objects that I show you, so we did that 5 minutes ago but I want you to repeat.
P: ok.
D: so what is it?
P: it's a watch.
D: ok, and what is it?
P: it's a pen.
D: ok. so, did I forget anything?
P: I don't know!
D: ok.
P: so what…why am I here? what's wrong with me?
D: so, I know it's difficult to understand, but I think you… I'm sure, I'm pretty sure your daughter brings you here today because you are in cognitive impairment, due to probably Alzheimer's disease. so, it's… I know it's a serious disease and it's difficult to understand but we… there are treatment to low the increase of the disease. so I really advise you to take the medication that I will give you, because it's… don't know how to say… yes, it will low the evolution of the disease.

CANDIDAT 17/
D: hello!
P: hello!
D: so you're George Groose?
P: yes.
D: ok I have to ask you some question about your identity to check if you're the right patient. so could you please give me your date of birth?
P: yes, it's the 24th of October 1945.
D: ok. where did you… where were you born?
P: in Paris.
D: ok, so you're French?
P: yes.
D: ok, are you married?
P: I'm widowed.
D: ok. I'm sorry.
P: it's ok.
D: now I have to ask you some question about your health generally. it's ok?
P: yes.
D: have you ever been hospitalized before?
P: no.
D: have you ever had any operation?
P: no.
D: do you know if you have some medication allergies?
P: I don't.
D: what about food allergies?
P: I'm allergic to peanuts.
D: ok. and what does it do?
P: it makes my throat swell.
D: your?
P: my throat.
D: thank you. let's move on the most important. what's brought you here along today?
P: I don't know, it's my daughter, she brought me here, I don't know why.
D: ok. have you got some headache?
P: no.

D: do you have some weakness or tingling?
P: no.
D: no. are you feeling anxious or anger?
P: no.
D: depress?
P: no.
D: ok. about your occupation, what do you do?
P: I'm retired.
D: ok. since when?
P: I don't remember… 10 years maybe.
D: what were you doing before?
P: I worked with the post.
D: ok. and you was in your job, you was exposed to toxic substances?
P: no I was just delivering the mail.
D: and you didn't have to wear protective equipment?
P: no.
D: ok. now I have to ask you some question about your family history. it could help me to understand your record. does anyone in your family suffer from any disease?
P: not that I can think of, no.
D: no cancer?
P: no.
D: and about your brothers and sisters?
P: I don't have any.
D: ok. so there is no case of CVA or pulmonary disease in your family?
P: no.
D: ok. now, I'm going to perform a neurological exam. it's ok?
P: yes.
D: so, do you know in what year we are?
P: 2010?
D: ok, no 2016!
P: ok
D: so do you know in what season we are?
P: it's very cold so it's winter.
D: ok. the month in we are?
P: January maybe?
D: we are in December. do you know the date of today?
P: no…
D: and, can you tell me what time it is?
P: I had lunch so it's in the afternoon but I don't know.
D: ok. do you know in what country are we in?
P: in France.
D: ok. and in what town?
P: Dijon.
D: and about the district?
P: no idea.
D: maybe the hospital?
P: no idea.
D: ok. and do you know the department?
P: no.
D: ok. so I will check you registration, so I will give you 3 object and you could recall them. so, table, desk and pen. so repeat after me.
P: table, desk and pen.
D: ok. so just recall them. so now I will check your attention and calculation, so could you subtract 7 from 100?
P: 93.
D: ok, again subtract 7 from 93.
P: 84.
D: ok, after?

P: 78.
D: ok. it's ok. so, do you remember the 3 object that I give you just before?
P: no.
D: it was table, desk and do you remember?
P: no.
D: pen.
P: ok.
D: could you tell me what it is?
P: a chair.
D: ok and what it is?
P: paper.
D: ok. repeat after me: no ifs, ands or buts.
P: no ifs, ands or buts.
D: ok. so, about my diagnosis, after this neurological exam, I'm sorry to tell you that you suffer from Alzheimer's disease. I know it's a big news, but it's a disease which every people deal with and we have no treatment but I will help you to do some exercise to improve your memory and… that's all. is there something else that you want to tell me?
P: no.
D: ok.

CANDIDAT 48/
D: hello, I'm the doctor, are you George Groose?
P: yes I am.
D: so you're a boy I guess?
P: yes.
D: what's your date of birth please?
P: it's the 24th of October 1945.
D: so what's your age?
P: 42.
D: ok, where were you born please?
P: in Paris.
D: ok, thanks, so I guess that you're French?
P: yes I am.
D: are you married?
P: no I'm a widower.
D: ok, I'm sorry. have you ever been hospitalized before?
P: no.
D: do you have any allergies?
P: I'm not sure.
D: any allergies to any drug or to any food?
P: yes I'm allergic to peanut.
D: to peanuts. what does it cause you?
P: it makes my throat swell.
D: ok. does it do anything else?
P: no.
D: ok, thanks. have you recently have any neurological symptoms like a headache or any weird sensations in your arms, fingers anything?
P: no .
D: no numbness or tinglings?
P: no.
D: any psychiatric symptoms? any change in your mood? depression, feeling angry?
P: I feel very angry and very sad.
D: ok. no other symptoms?
P: no.
D: ok thanks. do you work?
P: no I'm retired.
D: ok. what did you do before you retired?

P: I worked for the post office.
D: ok, when?
P: every day.
D: ok! what did you do at the post office?
P: I was in charge of deliveries.
D: so you weren't exposed to any substance or anything?
P: no.
D: so you didn't wear any equipment?
P: no.
D: so is there any disease that runs into your family?
P: I'm not sure, I'm not sure… I remember mom she died because she was sick but I don't know what she had.
D: and did you know how old she was when she died?
P: she was about 75 years old.
D: ok so you don't know if she had a cancer or?
P: I don't know.
D: ok did your father had anything?
P: no.
D: and any of your siblings?
P: I don't have any.
D: ok, sorry. so I'm gonna do a quick neurological exam
P: ok.
D: so can you tell me what year it is?
P: it's 2016.
D: ok. which season we are in?
P: it's very warm today so it's probably summer.
D: ok, do you know what date is it today?
P: oh yes because I rea the newspaper this morning so I guess today is the 6th of April.
D: ok, do you know which time it is?
P: it's the morning.
D: ok! do you know which city we're in?
P: yes we're in Dijon.
D: ok, in which country?
P: Switzerland.
D: ok. do you know which hospital we're in?
P: no.
D: ok, and the district?
P: no.
D: ok, so I'm gonna give you three objects and I'm gonna ask you to repeat after me.
P: ok.
D: so phone, table and pen can you repeat them please?
P: phone, table and pen.
D: ok, perfect. so I'm' gonna ask you to remember them and I'm gonna ask about them after, ok?
P: ok.
D: so now some calculation. can you substract 7 from 100 and do it five times please?
P: 93… 88… 84… 80… 60.
D: ok, thanks. so now can you give me the 3 object I gave you before?
P: no.
D: are you sure you can't remember any of the 3 object?
P: chair maybe… no.
D: ok thanks. so can you tell me what this is?
P: computer.
D: and can you tell me what this is?
P: a pen.
D: can you repeat after me no ifs, ands or buts.
P: no ifs, ands or buts.

D: ok thanks. so, changing by your neurological exam and everything you told me, I'm sorry to tell you that you have Alzheimer's diseases, so that's why you have some memory trouble that you can't exactly remember which date we are, or exactly where we are. so, unfortunately it's not a treatable disease but you can live with it and… if you have any family that can help you, deal with it better and if you have any questions, I'm here to answer them for you.
P: but what does it mean for me in the future?
D: it means that you will have some troubles remembering things, that you will constantly forget about things, but… so it's gonna be a little bit difficult to remember thing from the past, but if you keep I don't know notes of the things you will be able to, it will be able to help you. are you ok?
P: no! I live on my own, is it ok?
D: maybe you will need someone to help you if you really can't remember things. because for the moment it's only the date and everything so, maybe you could keep living on your own for a time but after that you will need the help of a caregiver or something like that if you really can't remember what you did like yesterday or anything.
P: ok, and is it something that I will die of?
D: no, not, no, you will not die of the disease but you will keep forgetting things.
P: ok.
D: do you have any other questions or anything?
P: no.
D: ok.

CANDIDAT 49/
D: hello..
P: hello
D: what's your name?
P: it's George Groose.
D: ok, how old are you?
P: I'm 42.
D: when were you born?
P: on the 24th of October 1945.
D: can you repeat please?
P: 24th of October 1945.
D: ok and where are you born?
P: in Paris.
D: so you are French?
P: yes.
D: are you married George?
P: no my wife died, well yes but my wife died.
D: I'm sorry. have you ever been hospitalized?
P: no.
D: do you have any allergy?
P: yes, I'm allergic to peanuts.
D: ok. and what does it cause?
P: it makes my throat swell.
D: have you ever had a neurologic problem before like headache, numbness or tingling?
P: maybe a headache but nothing special.
D: ok. and psychiatric problem like depression or anxiety? mood swings or anger?
P: at the moment I know that sometimes I feel very sad and the next minute I'm very happy, but that's … I don't know.
D: ok. and, have you got a job?
P: no I'm retired now.
D: ok, and before, where did you work?
P: I worked for the post.
D: is there any disease that runs in your family?
P: I don't know, I don't know .
D: yes. you are… your father have ever had a cancer? or a cardiovascular disease?

P: no.
D: and, are your parent still alive?
P: no, they died some time ago.
D: and, do you know the cause of the death of your parent?
P: I know mom died because she was sick but I don't know what she had.
D: ok .
P: and dad died he was 98 so I guess it's just because he was old.
D: ok. and, how old was your mother when he die?
P: 75.
D: and, she was sick but you don't know…
P: I don't know what she had.
D: and about your…. firstly, have you got a brother or a sister?
P: no.
D: so, now I'm going to check your neurologic system, so please can you tell me the date?
P: today?
D: yes.
P: yes, I read the newspaper this morning so it's the 6th of April.
D: yes. and what about the season?
P: it's very sunny, very hot, it's probably summer.
D: are you sure about that?
P: yes.
D: no it's spring but it's really… and, the year?
P: 2016.
D: and, what time is it?
P: morning, I don't know.
D: ok. and, what city are we in?
P: Dijon, is it?
D: yes. in which country?
P: Switzerland?
D: no! we are in France.
P: ah ok.
D: and about the district?
P: no idea.
D: can you tell me please in, the name of the hospital in Dijon, if you know?
P: no, I don't know.
D: and in… what department are we in in the hospital?
P: I don't know.
D: please, can you name this three object, so first
P: a pen.
D: yes, and this object?
P: a phone.
D: and to conclude this object
P: a computer.
D: and please can you substract by 10, can you substract 100 by 10 until I tell you stop please?
P: 100… 80… 70… 60…40.
D: ok stop. please, can you remember the name of the 3 object that I show you just before?
P: no.
D: no, are you sure?
P: yes.
D: and, could you repeat after me "no ifs, ands or buts"?
P: no ifs, ands or buts.
D: ok. so, regarding to the consultation, to the today's consultation, I have bad news for you, I think that you have the alzheimer's disease, but don't worry because I'm going to… to… prescribe you psychiatrics help, and today… research are do to cure this disease.
P: ok.
D: have you got any question about this disease?
P: what will it change for me?

D: with this disease you are going to forget some moments of your life or of the day, but don't worry it's not painful disease, it's just psychiatric problem. and with the age it's normal to have some… some… some psychiatric disorder. but, that's all, that's it.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 50/
D: so, hello George, George Groose, yes?
P: yes.
D: so when were you born George?
P: on the 24th of October 1945.
D: 1945, ok. so what's your age?
P: 42.
D: ok, right. and where were you born?
P: in Paris.
D: so you're French?
P: yes.
D: are you married?
P: my wife passed away.
D: ok. have you ever been hospitalized?
P: no I don't think so, no.
D: and have you… do you have any allergies?
P: yes.
D: on medication?
P: no not medication but I'm allergic to peanuts.
D: ok and what is the problem when you eat peanuts?
P: my throat swells.
D: ok. so, about neurologic problem, do you have, do you feel sick? do you have headache, migraine, numbness?
P: no.
D: no tinglings too?
P: no.
D: do you feel depressed?
P: no.
D: anxiety?
P: no.
D: do you have anger or mood swings?
P: mood swings maybe yes, sometimes I feel very sad and sometimes I feel very happy.
D: ok. about your job, do you work?
P: oh no I'm retired now.
D: yes and where did you work?
P: I worked for the post.
D: yes. for the post?
P: yes .
D: and did you have any exposure to chemicals?
P: no.
D: about your family, are your, is your father still alive?
P: no he died.
D: when did he died?
P: a long time ago.
D: yes, of what?
P: he was old, he was old, he was 98 so…
D: ok. no cardiovascular disease? no cancer?
P: in my father?
D: yes.
P: no.
D: and you mother she's still alive?

P: no she died as well… she was sick when she died, but I don't know what she had but she was sick.
D: what sort of illness, disease she had?
P: it was general, she was complaining all the time, she didn't feeling good, she wasn't eating she was really really sick.
D: really sick ok. and your brother and sister, do you have any brothers and sisters?
P: no.
D: ok. so I will ask you some question about your memory.
P: ok.
D: so you will have to answer as you want, as you… there are not difficult question, some question are more difficult than other it's normal.
P: ok.
D: so do you know the year?
P: this year?
D: this year.
P: it's 2016.
D: the season now?
P: it's very sunny and very warm so I guess it's summer.
D: no no it's not summer. and the month?
P: it's April.
D: so you know the date?
P: well because of the sun I would say it's the end of April.
D: no it's the beginning. but about the date do you know the number of the…?
P: no.
D: and do you know the hour? the time?
P: no.
D: about the place, do you know where we are?
P: here? in this building?
D: yes in this building, yes.
P: no, I don't know where that is.
D: do you know the country?
P: no.
D: no, you don't know where we are no?
P: no.
D: do you have no idea?
P: no.
D: ok, no the town? you don't know the town?
P: yes the town I was told, it's Dijon.
D: ok right and you don't know where is Dijon.
P: in Switzerland?
D: and the district?
P: no.
D: no.
P: no idea.
D: and the name of the building, no? you don't know where we are?
P: no.
D: do you know what is it?
P: a pen.
D: yes. what is this object?
P: a phone.
D: yes, and this?
P: paper.
D: you can remember this 3 word.
P: I can try.
D: yes, so tell me the 3 objects please.
P: the pen, the phone and paper.
D: yes, so now you remember this 3 object and I will ask them back later.
P: ok.

D: so, ok, can you subtract 7 from 100?
P: 93…
D: yes, again.
P: 89.
D: yes again.
P: 72.
D: ok. can you do this back?
P: again?
D: yes please.
P: 93… 88… 72…
D: ok, ok. so can you give me back the 3 object I ask you just before?
P: no.
D: you can't?
P: no.
D: can you tell me what this object please?
P: computer.
D: and what is this?
P: a headset.
D: ok. could you repeat after me "no ifs, ands or buts"?
P: no ifs, ands or buts.
D: ok right. so I think you have an Alzheimer's disease, because the score of your MMSE is low.
P: ok.
D: it's a neurological disease, you know, that you lose your memory.
P: but… why?
D: because it's a neurological degenerescence, your brain with age don't work still, works more slowly if you want, that's why you lose the memory, you lose the memory. but there are treatment if you want?
P: ok.
D: do you want treatment for that?
P: yes.
D: there are different kinds of treatment, I can give you this Drugs if you want, there are no secondary effect, reverse effects.
P: ok.
D: and it can help you to have a better memory.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 79/
D: hello mister.
P: hello.
D: what is your name?
P: George Groose.
D: ok, when were you born?
P: on the 24th of October 1945.
D: 19?
P: 45.
D: 45. ok, where were you born?
P: in Paris
D: ok, so you're French?
P: yes
D: are you married?
P: I'm widowed, my wife died.
D: I'm sorry. have you ever been hospitalisated?
P: no.
D: do you have any allergies to medication or food or..?
P: not medication but food yes, I'm allergic to peanuts.
D: ok, what kind of allergies?
P: it makes my throat swell.

D: ok. can you tell me, why what brought you here?
P: it's my son; my son forced me to come here because he says that I'm my mood changes a lot. sometimes I'm very angry and sometimes I'm very sad and…
D: ok. do you have any signs like headaches? migraines?
P: no.
D: no. or numbness?
P: no.
D: ok. no tingling in the hands or feet?
P: no.
D: ok. what was your occupation?
P: I worked for the post.
D: the post?
P: yes.
D: post office. all your, during all your life?
P: yes.
D: ok. what were you… what were you doing?
P: I was in charge of deliveries.
D: no exposure to any substances?
P: just to the cold weather.
D: ok. is there any disease running in your family?
P: no, I don't think so.
D: ok. your father or your mother didn't get any disease?
P: my mother she was sick… but I don't know what she had.
D: ok, she died?
P: yes.
D: your father too?
P: yes.
D: do you have any siblings?
P: no.
D: so, I'm going to do a little neurological exam to check your brain function.
P: ok.
D: do you have any questions to ask me?
P: no.
D: you're ok.
P: it's going to hurt?
D: no not at all, just a few questions to check your capacity.
P: ok.
D: so can you tell me the date?
P: today's date?
D: yes.
P: no idea.
D: no idea, no idea of the year?
P: 2015 maybe.
D: ok, can you tell me in which season we are?
P: it's winter there's snow.
D: yes, almost. do you know what time is it? morning? afternoon?
P: I'm hungry so maybe it's around lunch time.
D: ok. do you know where we are?
P: you're a doctor so I guess I'm at your practice.
D: yes, or the hospital maybe?
P: maybe.
D: in which country?
P: we're in France.
D: in which town?
P: Paris maybe.
D: Paris, ok. do you know in which department we are?
P: no.
D: ok. do you know the district of the city?

P: no.
D: ok. so, I'm going to name you 3 objects that you will have to remember.
P: ok
D: so, phone, ok, paper, and pencil.
P: ok.
D: ok. so now you are going to do a little exercise of calculus, ok?
P: yes.
D: so we start from 100 and you have to substract 7 ok?
P: ok I start?
D: yes you can start.
P: 100…93…87…82…75
D: ok, thank you. can you recall me what was the 3 objects that I told you?
P: there was… paper?
D: yes.
P: but..
D: the others you can't remember?
P: no.
D: ok. so, can you tell me what this object is?
P: that's a screen.
D: ok, and what is that?
P: a table.
D: ok, good. can you repeat the sentence "no ifs, ands or buts"?
P: no ifs, ands or buts.
D: perfect, ok. so, according to your neurological exam that we did, you may have alzheimer's disease, ok?
P: yes.
D: it's something pretty common with the elder people, ok? so you have memory loss, ok? you know, you recognize the symptoms a bit?
P: yes it's difficult sometimes to remember things.
D: you may also have some difficulty to… to think, to eat, to make calculus and that affects also the long term memory ok?
P: but… ok.
D: not yet, maybe but it's something that can happen with the development of the disease, with the time. and unfortunately there is no cure for this disease, ok? we don't really know yet how to cure it. there are a few, a few medications that can help to reduce the symptoms but they can't cure the disease itself, ok? so, you're living alone?
P: yes.
D: ok. so, at home?
P: yes.
D: ok, so, we'll see with your family the solution to take care of you.
P: because I can't stay at home?
D: for the moment there are no problems if you are ok, but when the disease progresses we'll need maybe to go in an… elderly house or something like that. do you have any questions? any worries or…?
P: is it going to kill me?
D: the disease yes can, with the time it attacks your brain and your brain function so it can, with the time, but it's often after 5-10 years or more of the disease so.
P: and is there a way you can know if, if, if the disease is already quite widely spread?
D: yes we can do an RMI, ok? it's an imagery to check your brain function ok? to see if the disease is already spread a lot or not yet. ok? and that's the main kind of exam we can do ok? we are going to prescribe one for… for… how to say… to make sure the diagnosis is well Alzheimer's, ok?
P: ok, thank you.
D: thank you.

CANDIDAT 80/
D: what is your name?

P: it's George Groose.
D: ok, when ere you born?
P: on the 24th of October 1945.
D: ok. where?
P: in Paris.
D: what is your nationality?
P: I'm French.
D: ok. are you married?
P: no, I'm widowed.
D: ok. have you ever been hospitalized?
P: no, never.
D: never, ok. are you allergic to something? medication maybe?
P: no.
D: food?
P: yes, peanuts.
D: yes, what type of reaction does it make?
P: it makes my throat swell.
D: ok. ok. what are your symptoms today?
P: well my son he forced me to come because he says that my mood changes a lot.
D: ok. and have you got something else? other symptoms?
P: no.
D: no, ok. do you have a job?
P: I'm retired now.
D: retired, from what?
P: I worked for the post.
D: the post, ok. have you been exposed, exposure to something?
P: cold!
D: ok. you are retired for how long have you been retired?
P: I don't really remember, maybe 10 years.
D: ok. is there any disease that run in your family? your father maybe?
P: no, no, he was fine.
D: and what about your mother?
P: yes she was sick but I don't really know what was wrong with her.
D: ok, and are she… she's still alive?
P: oh no she's dead.
D: she's dead, ok, at what age?
P: she was 75.
D: do you know if it's the problem, the health problem that cause his, her death or?
P: yes she died because she was sick.
D: have you got siblings?
P: no.
D: I'm going to do a neurological exam if it's ok for you?
P: ok.
D: what is today's date?
P: I don't know exactly?
D: you don't know exactly, maybe the month?
p:it's December it's Christmas time
D: yes, and the year?
P: 2012.
D: ok, no. and you don't know the time? what is the…?
P: well I'm hungry so it must be close to lunch time.
D: ok. where are we? do you know?
P: you're a doctor so I guess we're at your practice.
D: ok and do you know what is the city? in which country we are?
P: are we in Paris?
D: ok, and in the hospital do you know in what department we are?
P: no.
D: no, ok. say these 3 words: phone, paper and doors.

P: phone, paper and door.
D: and memorise them.
P: ok .
D: I want you to start with 100 and substract 7 and do that until I tell you to stop.
P: so 100…93…82…78…72…68…
D: ok, you can stop. could you, can you give me the 3 word I tell you before?
P: there was the door.
D: yes.
P: but I don't remember the others.
D: you don't remember the other. ok, can you name me this object?
P: that's a remote.
D: ok and this one?
P: what's your arm! oh it's a jumper.
D: ok, can you repeat "no ifs, ands or buts" please?
P: no ifs, ands or buts.
D: ok, perfect. so, I run some, with the neurological test and your symptoms, what you have is, it's an Alzheimer disease. so it's a chronic disease, there are no treatment for it. but you don't have to worry you will be take in charge with the psychiatrist and other specialist, neurologicians. and, yes, do you have any question about this disease?
P: how did I catch it?
D: we don't know how people catch Alzheimer disease, there are a part of genetic, and the environmental, the life you had, but I can say it's because of that that you have Alzheimer disease and yes…
P: and is it going… is it something that's going to kill me?
D: maybe yes it's possible, it depends on the level of Alzheimer disease you have and how is the disease are going to develop in your body, in your brain specifically. he can cause some damage and the where he can cause the damage can be fatal for you. but we are going to check with a lot of exams regularly to see the evolution of the disease and to help you with this disease, you can loss some functionality, some capacity, you loss some memory also, it could be good to maybe take some picture of stuff or write to help you memory
P: and how fast is it going to change?
D: it depends but he can go fast and for other people it's slow and they live with it until their death or maybe it can kill you in 5 years, he don't know
P: ok, thank you

CAS CLINIQUE 8 : TOM BENTO

CANDIDAT 18/
D: hello Mr. Bento. how are you today? what's brought you along today?
P: well, I'm not feeling very good.
D: ok. well, first, I'm going to ask you a few general questions about you, and to have some pieces of information for my chart, if that's ok with you?
P: sure.
D: so, how old are you?
P: I'm 12. I'm with my mom.
D: ok, tom. is that ok if I call you Tom?
P: yes.
D: can you tell me your date of birth, please?
P: it's the 9th of September 2004.
D: ok and where were you born? do you know or your mother know maybe?
P: in Rome, in Italy.
D: ok. so, do you… are you… what's your nationality?
P: I'm Italian.
D: Italian, alright. so, ok. now, I might ask a few question to your mother regarding your family history.

P: sure.
D: is that ok with you?
P: sure.
D: so, do you have any… is there any history of something particular you would like to tell me about your husband or…?
P: he has diabetes, my husband.
D: and what about you?
P: I'm fine!
D: ok! no complains or nothing?
P: no.
D: do you have any other children?
P: no, just tom.
D: so, now that I asked you some general question, I will… I have to ask you question also about your diet.
P: sure.
D: do you have any allergies regarding food?
P: no.
D: nothing abnormal or…?
P: no.
D: ok. so now I'd like to pass to your… to the reason of your presence here. could you please tell me what brought you along? are you in any pain?
P: no, I don't have any pain, no. it's just that yesterday, at school, I fainted.
D: ok. when? did you feel weak before or did it happen…?
P: I didn't feel weak, but I felt dizzy.
D: ok, just before or the entire day?
P: yes, just before.
D: ok. was it the first time it happened to you?
P: yes.
D: did you remember losing your consciousness or…?
P: yes.
D: did it take you some time to recover from your malaise?
P: no, just a few seconds apparently.
D: ok, and then you, the school called you Mrs. Bento and… ok. and now you're feeling better?
P: I'm good now.
D: have you noticed any change in… so… I have to ask question about your urine, when you pass water, when you pee. have you noticed any change in colour? or anything like that?
P: it seems darker than usual.
D: oh ok. I have to write that down.
P: and something that is sure is that I pee a lot more than before.
D: ok. when did it start?
P: recently, I don't remember but recently.
D: ok. and, does it sometime happen that you can't… that you find it very hard to control your will to pee?
P: no, no that's fine.
D: no problem. have you noticed any change in the smell of your urine?
P: no.
D: no, ok so. if it's correct you noticed that your urine were darker and that you wanted to go to the bathroom way more often, and it started recently.
P: yes.
D: ok, thank you. now I'm going to pass the clinical exam. are you…
P: you want to take my vital signs?
D: yes. ok. so your vital signs. I have to take your temperature. so you have, your temperature is 37°, that's fine. I'm going to take your pulse. so your pulse is 82 beats per minutes, that's fine too. so now I'll take your respiratory rate. so your respiratory rate is 12 breaths per minutes, ok, fine. and finally I need to take your blood pressure? tom. oh so you have 110/80 (a hundred and ten over eighty), that's perfect. I write everything in the chart. ok, so now regarding the clinical exam, is that ok if I examine you?
P: yes.

D: so I don't notice anything particular on inspection. I'll have to auscult you. everything is fine. is that ok if I touch your stomach?
P: sure.
D: ok, it's a bit… I can feel something ok. and percussion is unremarkable. ok great, thank you very much. well, I'll have to make you undergo complementary exams because I have to test your glycaemia, that means the level of sugar we can find in your blood. so you'll have to undergo a blood test and I also will need you to send a urine sample to the lab so that we can examine it. according to your symptoms, I suspect that you might have diabetes that's why I need to make those exams. so diabetes is a disease that happen quite often among young children and there are some treatment available to control your disease. and diabetes will require you to take an injection of insulin if it's needed every 4 hours and this will help control your glycaemia. do you have any question?
P: is it curable? is it something that I can cure?
D: it's not something that you can cure but it's something that you will learn to live with. and with the treatment you will be able to control your, the disease and I will also check on you quite often. you will have to take your glycaemia often to control if it's too high or too low. you will learn to detect the symptoms when you're not feeling very well. and if, I'm sure that you will be successful and you will succeed in managing your disease. and, you won't faint anymore because of the… following the treatment and knowing yourself prevent you from having episodes like yesterday when you fainted. and it will be… you will be alright.
P: so can I continue living the same way?
D: well there are some changes you need to make in your alimentation. we will see each other again after the results and we will work together on a meal plan and I need to pass you some very important information because diabetes affects the way you, your body treats the sugar it receives and if you receive, if you eat too much things containing sugar, your body won't be able to deal with it. so that's why it's… you'll have to cut down on sugary products. and I know it can be hard, especially for children, but it's very important for you to understand that it's, it will really help you feel better and yes stronger. I can also give you some… I have to advise you on the sport you practice. I don't know if you practice any sport?
P: no.
D: ok.

CANDIDAT 19/
D: hello Tom Bento.
P: hello.
D: first I will check your identity. when and where were you born please?
P: I was born on the 9th of September 2004.
D: and where please?
P: in Rome.
D: in Rome?
P: in Rome in Italy.
D: so you are Italian?
P: yes.
D: how old are you please?
P: 12.
D: can you tell me please if you are married or single?
P: I'm single.
D: so, I will ask you about your family history. has anyone in your family ever had any health problem?
P: well I don't know if that counts but I know that my father has diabetes.
D: ok. is there anything else?
P: no.
D: ok. do you follow a special diet?
P: no.
D: ok. and what brought along you today?
P: well, yesterday I was visiting the city and I lost consciousness.
D: yes. what sort of mood have you been recently?

P: I'm fine, it's ok.
D: ok. and what about weakness? or are you tired?
P: no.
D: no. you don't have fever?
P: no.
D: ok, do you have any pain?
P: yesterday I had a headache.
D: headache, ok, in which part of head?
P: it was here in the front.
D: and between 0 and 10 how bad is it?
P: it was a 7.
D: 7, ok, it's strong. and is there anything else?
P: well, yesterday as well before I fainted I felt dizzy.
D: dizzy, yes.
P: and my legs were missing their strength.
D: ok. and what did you do when you felt dizzy?
P: I didn't have time to react, it was very sudden and then I lost consciousness.
D: ok. and is there exacerbating factor? or relieving factor?
P: no.
D: against this dizziness?
P: no.
D: ok. so, now I will ask you about your urine. can you describe the colour of your urine?
P: well they are very dark.
D: very dark. is there blood in it?
P: I don't know.
D: you don't know. has the, your urine an particular odour?
P: no.
D: how often do you go to pee?
P: I go a lot, like it's way more than usual.
D: ok. have you any urgency?
P: no.
D: and any difficulty to pee? to urinate?
P: no.
D: no, ok. so I will check your vital signs. your temperature is at 37, your pulse is at 82bpm, respiratory rate is at 12bpm and your blood pressure is at one hundred ten over eighty. so, I will, I'm going to examinate you. would you mind taking your shirt off, please?
P: sure.
D: ok. I will inspect, I'm going to inspect you at the end of the bed. so, that's great. I lay my stethoscope on your chest, ok. I'm going to tap on your abdomen. I'm feeling a little tenderness. and to finish I will tap on your abdomen. that's ok. so I think that you are diabetes, so I request I'm requesting to you a blood test to check your glycaemia, and urine sample to check if there is albumin in your urine. so, you have diabetes, type I.
P: ok.
D: don't worry, many people can live with it, you just have to take treatment and don't forget it because it's very important. you have to check your glycaemia very often, it's very important because if it's a low rate you have to inject insulin. so the treatment is injection of insulin and you need to do it every four hours each day.
P: ok. can I continue to live normally? is there anything I need to change?
D: you have to check, to change your diet for example. to eat less sugar and yes.
P: and can you explain to me what diabetes is exactly? like, what is it?
D: diabetes it's when you have too sugar in the blood.so do you have questions?
P: ok, no thank you.
D: did I forget anything?
P: I don't think so, thank you.

CANDIDAT 20/
D: so, hello Mr. Bento.

P: hello.
D: can you tell me… first I will ask you some questions general about you.
P: sure.
D: so, can you tell me your age, please?
P: I'm 12.
D: ok. do you know your date of birth?
P: yes, it's the 9th of September 2004.
D: ok. where do you was born?
P: in Rome.
D: in Rome. so are you Italian?
P: sorry?
D: are you Italian?
P: yes.
D: do you know about your family, your father, your mother if they have some bad diseases?
P: I think my father, he has diabetes.
D: diabetes, ok. and your mother?
P: no, nothing.
D: and do you have brothers and sisters?
P: no.
D: do you eat… have a specific diet or eat food without salt, without gluten?
P: no.
D: nothing like that?
P: no.
D: ok. where do you… why do you come to me? what are your complaint?
P: yesterday at school, yesterday morning at school I lost consciousness.
D: ok.
P: so my mom wanted me to come.
D: so, nothing else? do you eat good, like before?
P: yes.
D: yes. and you don't feel nauseous or something else?
P: now?
D: yesterday or today?
P: no.
D: do you sleep well?
P: yes.
D: ok. now I'm going to ask you about urination. is it normal or go you to the toilet frequently?
P: I pee a lot.
D: ok. and how many times a day?
P: 8 to 9 times a day.
D: and is your urine with a colour, specific colour, red or…?
P: it's darker than usual.
D: darker, ok. and does it smell abnormal?
P: no.
D: and when you have to go, is it urgent?
P: no, it's just that I need to go.
D: and, when you are peeing is it difficult?
P: no.
D: now I'm going to take your vital signs.
P: ok.
D: so, first your temperature. it's about 37°, so it's normal. now your pulse. it's 82, so it's fine. your respiratory rate is about 12, and finally your blood pressure is about 110/80 (one hundred ten over eighty). so it's fine too. now I'm going to pass to the clinical exam.
P: ok.
D: first, I can see nothing abnormal when I look at you, so it's ok. I'm going to hear at your heart, at your lungs and at your abdomen, so I can't notice nothing abnormal. now I'm going to palpate your abdomen if it's ok?
P: yes.

D: so I can feel a little tender. now I'm going to tap on your abdomen, to look if there's something different. but it's ok, I can't find nothing.
P: ok.
D: so, I'm going to prescribe you complementary exams. first, a blood test to measure the glycaemia because your father had diabetes. and I'm going to make a urine sample too, to show the albumin because you told me that you are urinate frequently and it's a bit dark so we are to check that.
P: ok.
D: so, I got the results and you suffer from diabetes type i, I think it's like your father. and so I will give you a treatment.
P: ok.
D: you will have to take an injection of insulin 4 times, every 4 hour if it's needed, if you take sugar or something you will have to make this injection.
P: ok.
D: have you some questions or…?
P: is it something that we can cure?
D: it's not curable, but we have this treatment and it permits you to live normally like everyone else.
P: and do I need to change things? can I still play basketball?
D: yes you can still play basketball, maybe don't eat too much sugar and follow a specific diet but if you want I can you, I can give you the address of a specialist who can tell you what's the good food and what bad food when you have diabetes.
P: ok.

CANDIDAT 51/
D: hello! what's your name?
P: it's Tom Bento.
D: ok. you are a male?
P: yes.
D: where were you born?
P: in Rome, in Italy.
D: ok. when were you born?
P: on the 9th of September 2004.
D: two thousand four.
P: 2004.
D: are you married?
P: no!
D: ok. have you family history of cancer?
P: no.
D: of cardiovascular disease?
P: no.
D: pulmonary disease?
P: no.
D: no family history?
P: I'm not sure I understand what you mean by family history.
D: disease… in your family, father or mother.
P: my father he has diabetes.
D: and your mother?
P: no.
D: are you a particular diet, with gluten or…?
P: no.
D: so, what brings you here today?
P: my mom wanted me to come because yesterday morning at school I lost consciousness.
D: consciousness?
P: yes, I fainted.
D: ok. have you got fever?
P: no.

D: ok. what colour is your urine?
P: they are darker than usual.
D: dark?
P: darker, not too dark but just darker.
D: ok, and in what frequency do you go urining?
P: I go a lot, I pee a lot.
D: how much in a day?
P: I don't know.
D: do you have difficulty for pee?
P: no.
D: ok, I will take your vital signs. so I will take your temperature. ok your temperature is normal, 37. after I will take your pulse, your pulse is good too 82. now your respiratory rate, your respiratory rate is 12. and finally your blood pressure, your blood pressure is 110/80 (one hundred and ten over eighty). now I will take clinical exam. so, on inspection I found nothing in particular. can I listen your lung?
P: yes.
D: ok. can I palp… tap your abdomen?
P: yes.
D: ok, I find tenderness. can I tap your abdomen?
P: yes.
D: yes, I find nothing. so I think you need to do a blood test for the glycaemia.
P: ok.
D: and an urine sample for test your albumin.
P: why?
D: because I think you're, regarding your general symptoms, I think you have diabetes.
P: ok.
D: so, I receive your test and you are diabetes so I will prescribe you insulin injection. you will inject this 4… 4 time per day. and well… do you have question?
P: is it a curable disease?
D: no, you will do this injection all the day during the last of your day.
P: ok. and is it going to change my life?
D: you must to do… to have a balanced diet, cut down sugar consumption.
P: why?
D: because you are diabetes!
P: ok.
D: you have a lack of insulin that regule your rate of sugar in your blood.
P: ok.

CANDIDAT 52/
D: so hello.
P: hello.
D: so your name it's Bento Tom.
P: yes.
D: ok and how old are you?
P: I'm 12.
D: 12. you know I'm very good at mathematics so when were you born?
P: in 2004.
D: 2004. yes and what is the date of your birth, yes in 20014 but…
P: the 9th of September.
D: ok, 9 of September. and where?
P: in Rome in Italy.
D: oh you are Italian?
P: yes.
D: that's good! and you're not married?
P: no.
D: do you have a girlfriend?
P: no.

D: that's good, that's great. so there is any… any… any disease that runs in your family?
P: my father has diabetes.
D: ok. and your mom?
P: she's fine.
D: ok and your siblings?
P: they're fine as well.
D: you have one?
P: I have one brother and one sister.
D: ok. and are you on diet?
P: no.
D: no. any diet. and do you have the symptoms? what brings you here?
P: well yesterday I was visiting the city with my friends and suddenly I fainted.
D: ok. and do you feel weak?
P: no.
D: and are you feverish?
P: no.
D: no, ok. do you have any other symptoms?
P: right now no I'm fine.
D: and yesterday?
P: yesterday yes, before I fainted I felt very dizzy.
D: ok, just dizziness?
P: yes and well, I just remember that just before I fell my legs got numb.
D: ah. ok. you're talking about numbness, not a tingling?
P: yes juts numbness.
D: ok. so let's talk about your stool or your pee. do you pee bloody, you do pee blood?
P: no.
D: what's the colour of your blood? of your pee?
P: it's very dark.
D: it's usually dark?
P: not that dark.
D: ok and since when you…?
P: I don't know like a week.
D: ok. and the odour of your urine?
P: it's normal.
D: ok, and the frequency? that mean you go 3 times a day to the toilet or…
P: I've been going more than usual, yes, it's… I go a lot.
D: a lot.
P: yes I have to go very often.
D: ok. and, do you feel pain when you go to the toilet?
P: no.
D: not pain. and usually it's urgent or not? that means when you sit with your family sometimes…
P: no I can hold it.
D: ok. that's right. so, I'm gonna check your vital signs.
P: ok.
D: your temperature is about 37° that's good, your pulse is about 82 that's good too, and your 82 bpm, your respiratory rate is about 12 breath per minute that's good too because, usually the respiratory rate it's between 10 and 20, so you have 12, and your blood pressure is about one hundred ten over eighty, that's great.
P: ok.
D: so let's do the clinical exam. actually, on inspection and on auscultation nothing abnormal detected, and on palpation I found a tenderness, that means your abdomen was tender.
P: ok.
D: and on percussion, nothing abnormal detected. I'm gonna ask you to do a blood test just to check, just to see the, your glycaemia. and after that, I will ask you to do, to give me a urine sample to check if we gonna find an albumin, it's kind of protein that usually we don't find in your urine so… we're gonna see if it's in. and… after checking your blood test, I found that you have the same disease that your father.

P: ok
D: you're diabetic, type I
P: ok.
D: I'm sorry to say that but… it's a disease that can be, that can be severe if it's is not treat, ok? so if we treat it and if you are, if you come to see me usually, if you do your treatment, if you take your treatment everything will be alright so you don't have to be afraid, ok?
P: ok.
D: and, you need to take an insulin, every four hours, you need to inject insulin, I'm gonna ask your mum to do it, don't worry about it. and the, if you take your treatment, everything will be alright, ok? do you have questions?
P: no… is there anything else that I need to change in my life?
D: no! just have to… you're normal, so, diabetes it's like, it's abnormal disease, it's not as severe as we can see in the TV, you just have to take your treatment it's really important to take your treatment ok? and you can live well!
P: ok thank.
D: you're welcome.

CANDIDAT 53/
D: hello.
P: hello.
D: are you Tom Bento?
P: I am.
D: ok, thank you. so when were you born please?
P: on the 9th of September 2004.
D: 2004?
P: yes.
D: thank you, so how old are you?
P: 12.
D: thank you. where were you born?
P: in Rome in Italy.
D: thank you, so you are Italian?
P: I am.
D: so, I think you are single?
P: yes.
D: so, what brings you here?
P: so I'm on a school trip here, yesterday I was visiting the city with my friends and all of a sudden I fainted.
D: you fainted ok. so, is there any … are there any other symptom?
P: at the moment?
D: yes at the moment.
P: just before I fainted I felt very dizzy.
D: ok.
P: and all of a sudden my legs felt very numb.
D: ok, so numbness. do you feel also tingling?
P: no.
D: just numbness, ok. so, do you feel weak or tired? any weakness?
P: no.
D: just the moment…
P: yes.
D: but now?
P: it's finished.
D: ok. so, do you feel drowsy during the day?
P: no.
D: ok do you suffer from insomnia?
P: no.
D: ok. do you… have you lost weigh recently or have you gain weigh recently?
P: no.

D: ok. do you have… have you got… you don't suffer from anorexia, do you have appetite?
P: yes.
D: as usual, the same appetite as usual?
P: yes.
D: ok. do you have nausea?
P: sorry?
D: nausea? or did you vomit?
P: no.
D: are you sick?
P: no.
D: do you suffer from heartburn?
P: no.
D: are you feverish?
P: no.
D: so no chills? no…?
P: no.
D: you're not sweating?
P: yesterday before I fainted I sweated a lot but…
D: ok. have you got any rash on the skin? or any bruising?
P: no.
D: no bleeding?
P: no.
D: ok. just to finish, have you got any swollen lymph?
P: no
D: thank you. are you on a specific diet?
P: no.
D: ok. is there any disease that run in your family?
P: my father he has diabetes.
D: oh, ok. thank you. he'(s the only one in the family?
P: yes.
D: do you know which type of diabetes?
P: I think he told me, type I.
D: so he was young?
P: yes.
D: any other disease?
P: no.
D: just this one. I think that your two parents are alive. do you have brothers and sisters?
P: one brother and one sister.
D: ok, they suffer from… they have diabetes?
P: no.
D: ok. so, when you urinate, have you got any difficulty urinating?
P: no.
D: about your urine, are there any… is there any odour specific?
P: no.
D: do you suffer from urgency? you have to go to the toilet, you can't… you must go to the toilet, you know what I mean?
P: no I can hold it.
D: you can hold it, ok. I ask you any difficulty passing water?
P: no.
D: ok. do you pass water more frequently?
P: yes.
D: thank you. and how is the colour of your urine?
P: it's very dark.
D: dark? ok. do you know if it's blood?
P: I don't know.
D: ok, thank you. so, I will check your vital signs now, ok?
P: ok.

D: so I will take your temperature, your temperature is 37°c, that's normal, I will check your pulse is please give me your arm. so 82 beats per minute, ok. so now let me see your respiratory rate, 12 breath per minute and please give me your arm I will check your blood pressure, one hundred and ten over eighty. so now I will exam you. so, please take of your clothes I would like inspect your body. so I don't see anything on your body, anything specific. I will hear your intestine, but I don't hear anything. I will palpate you, I will palpate your abdomen ok? I feel tenderness, is it… do you have any pain in your abdomen when I push?
P: ye sit's painful.
D: it's painful. and now I will tap in your abdomen but on percussion I didn't hear anything specific.
P: ok.
D: so, I will need some further exam ok to know what is the problem ok. so I will need a blood sample.
P: ok.
D: so do you know the test? have you ever had..?
P: yes.
D: I have to explain you?
P: no.
D: ok and I will also need a urine sample, so you have to pee in like a glass ok?
P: ok.
D: and that's all I need your agreement for this test.
P: sure.
D: ok thank you. so I have the results and so according to the results, I'm sorry but like your father you suffer from diabetes
P: oh ok.
D: I know is very sorry, you are old, you are 12 so it's a little bit weird that you have this problem at this age but, don't worry there are treatment to treat the diabetes and it's the same as your father, it's diabetes type I. and so, you will need injection of insulin, ok?
P: ok.
D: when it's needed, ok. every four hours.
P: ok.
D: ok? and I think that's it. do you have any question about this disease?
P: do I need to change things in my lifestyle?
D: yes now you have to be carefully with your diet, about sugar etc.… try to don't eat too much sugar for instance. now if you practice any physical activity, do you do any sport?
P: I play football.
D: you play football so you have to be careful about your insulin etc. about your injection, try sometimes to don't inject your insulin before you do, you play football for instance.
P: ok.
D: any other question about this disease?
P: no.
D: and did I miss anything?
P: no.
D: ok.

CANDIDAT 81/
D: hello.
P: hello.
D: what's your name?
P: it's Tom Bento.
D: so I think you are a male.
P: yes I am.
D: when were you born?
P: on the 9th of September 2004.
D: so how old are you?
P: I'm 12.
D: ok.

P: actually I'm 13.
D: 13?
P: yes.
D: where were you born?
P: in Rome in Italy.
D: ok, so what is your nationality?
P: I'm Italian.
D: ok. so, I think you are single?
P: yes I am.
D: yes. is there any disease that runs in your family such as cancer or other?
P: my father has diabetes.
D: diabetes, ok. and you… is your father still alive?
P: yes.
D: great. are you on a specific diet?
P: no.
D: so how can I help you?
P: so yesterday, so I'm on a school trip, yesterday during a visit I fainted.
D: ok. and is there anything other?
P: I remember that before I lost consciousness I was very dizzy.
D: dizzy, ok. ok. great. when you go to the toilet, what is the colour of your urine?
P: it's very dark.
D: dark, ok. and is there blood in your urine?
P: no.
D: no. is there any odour in your..?
P: no .
D: no. how often you go to the toilet?
P: a lot, I go a lot, I don't know how many times but a lot.
D: ok, between 10 per day?
P: yes.
D: ok. and do you have urinary urgency?
P: no.
D: and do you have difficulty when you pee?
P: no.
D: ok. regarding your vital signs, your temperature is 37 which is normal, your pulse is 82 beats per minute which is normal too, your respiratory rate is 12 breaths per minute which normal too and your blood pressure is one hundred and ten over eighty which is normal. on the clinical exam, on inspection I can see anything. on auscultation anything too. and when I palpate you there is a tenderness. and on the percussion there is anything. so, regarding your symptoms, I think you may have diabetes, so I request… so, I would like you to have a blood test for the glycaemia and urine sample for the albumin. and, regarding the results, you have diabetes type I diabetes, is corresponding to a lack of insulin secretion because of the destruction of beta cells by the immune system.
P: ok.
D: it's a chronic disease so you have this disease during your life. do you have any questions?
P: is it like… so it's like my father? is it because of him that I have it?
D: yes because it's hereditary.
P: ok.
D: you can, for this disease the treatment consist to injection of insulin every four hours if you need it
P: ok. so am I going to lose consciousness again?
D: no I think with insulin injections I think no.
P: and do I have to change things in my lifestyle because of this?
D: yes, you need to reduce your consumption of sugar because diabetes corresponding to high level of glycaemia which is high level of sugar in your blood.
P: ok, so, and can I still play football?
D: oh yes it's a good idea! you need to do sport, for it's good for this disease.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 82/
D: hello.
P: hello.
D: what's your name?
P: my name is Tom Bento.
D: ok before we start the exam, I check some… some things. first, what is your date of birth?
P: it's the 9th of September 2004.
D: so how old are you?
P: I'm 13.
D: ok. and where were you born?
P: in Rome, in Italy.
D: ok. what is your nationality?
P: I'm Italian.
D: and are you married?
P: no! I'm single.
D: ok, fine. now, I would like to say is there any recon disease run in your family?
P: yes my father has diabetes.
D: ok. and, he's always in life?
P: yes.
D: ok. are you on a specifical diet?
P: no.
D: ok. now how can I help you? what bring it to here today?
P: so I'm on a school trip and yesterday during a visit I fainted, I lost consciousness.
D: ok. what about your symptoms? can you describe your symptoms?
P: I remember that before fainting I felt very dizzy.
D: ok. and, since when?
P: just, just before fainting.
D: ok. do you have fever?
P: no.
D: when you're urinating what colour is your urine?
P: it's very dark.
D: ok. and since when?
P: I don't remember.
D: ok. and, is there urine… there is an odour? especially?
P: no.
D: did you go to the toilet frequency? or not?
P: yes I go a lot.
D: how many a day?
P: 10 times.
D: ok. do you have difficulty to urinating?
P: sorry?
D: do you have difficulty to urinate?
P: no.
D: ok. now I'm checked your vital signs
p: ok.
D: so, I see that you have not fever, your pulse, so your heart beats it's 82, it's a little bit fast, your respiratory rate is 12 breath per minute, it's normal, and your blood pressure is one hundred and ten over eighty which is normal also. on palpations, I found tenderness. and inspection, auscultation and percussions are, were unremarkable. according… your symptoms, I would like you to perform a blood test, to see the glycaemia and a urine sample to see a protein in your urine like albumin. and so I think you have diabetes like your father, it's a lack of insulin. and is not, it's a chronical disease but there are a treatment for this.
P: what is the treatment?
D: the treatment is an insulin injection if needed every four hours, for every four hours. so, do you have questions? any questions?
P: so I see my father with the disease, is it because of him that I have the disease?
D: yes probably because this disease is probably hereditate. so if your father have diabetes, you have also diabetes.

P: ok, and do I have to change some things in my life?
D: yes, because you have not an insulin, you have a lack of insulin, and this control glycaemia, so the sugar in your blood, so maybe you have decrease your consumptions of sugar to make the glycaemia normal, as normal as possible. do you have any other questions?
P: can I still play football?
D: yes you can play football also.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 83/
D: hello.
P: hello.
D: where… I'm going to ask you a few questions.
P: ok.
D: where were you born?
P: I was born in Rome.
D: when were you born?
P: on the 9th of September 2004.
D: ok. what is your nationality?
P: I'm Italian..
D: ok. I suppose you are single?
P: yes
D: has there any diseases in your, that run in your family?
P: yes, my father, he has diabetes.
D: ok. and, there are other diseases?
P: no.
D: ok. are you on a specific diet?
P: no.
D: so now… what brings you here?
P: so yesterday, I lost consciousness.
D: ok. and, do you have other symptoms?
P: before I lost consciousness I felt dizzy.
D: can you repeat please?
P: yesterday, well before I fainted, I felt dizzy.
D: ok, ok. ok. do you have a fever?
P: no.
D: ok. you don't feel, you don't have chills and sweat?
P: before I fainted I sweated a lot.
D: ok. ok. k. about your genital urinary, what is your colour of your urine?
P: it's very dark.
D: do you have blood in your urine?
P: I don't think so.
D: ok. are your urine, is your urine… feel odour?
P: no.
D: ok. at what frequency do you urine?
P: I don't really know the frequency but I know that I urinate a lot, a lot.
D: ok. do you have difficulty to urinary?
P: no.
D: ok, and ok. I'm going to take your vital signs.
P: ok.
D: you have… your temperature is at 37, and your pulse at 82 beats per minute and your respiratory rate at 12, and your blood pression is at one hundred and ten over eighty. now, on inspection. now I'm going to inspect you. on inspection, and on auscultation, I note… i, is unremarkable and I palpate a tenderness and on percussion, I notice nothing particular. according to your clinical exam and your history I prescribe you a blood test for your glycaemia and urine sample to… for your albumin. according to the results of your, of your, according to the result of this test, i… I think you have diabetes type I. do you understand what is it?
P: no I'm not sure.

D: ok, diabetes is a lack of insulin secretion necessary for, to, to insulin is necessary to decrease glycaemia. and, I prescribe you insulin injection to decrease, to decrease the amount of glycaemia in your body.
P: and, why do I have this disease?
D: because you're urinary, you urinate frequently, no frequently lot of… and, and yesterday you have, you have had malaise because maybe you have… you have hypoglycaemia because your sugar is, it is not enough… because you have not enough insulin to, for, to take your sugar.
P: ok. and do I have to change anything in my lifestyle?
D: do you eat a lot of sugar?
P: I eat candy!
D: ok, you can maybe, it would be a good idea to reduce the consumption of candy and sugar.
P: ok, but do I have to stop playing football?
D: no! you can continue to play football.
P: ok, thank you.

CAS CLINIQUE 9 : CAROLE SMITH

CANDIDAT 21/
D: hello.
P: hello.
D: what's your first name?
P: it's Carole.
D: what's your last name?
P: Smith.
D: ok so you are a feminine person. what's your date of birth?
P: it's the 22nd of November 1980.
D: thank you. what is your job?
P: I'm a wine seller.
D: wine seller?
P: I sell wine.
D: I don't understand.
P: wine, the wine you drink.
D: wine?
P: wine.
D: ah wine thank you. wine seller, ok. since when?
P: 2010.
D: 2010. alright, ok. about your social history, you… do you drink?
P: yes, I drink every day.
D: drink alcohol?
P: yes wine with my job.
D: ok. wine, ok. do you use drugs?
P: no.
D: no, ok. do you use tobacco?
P: yes.
D: many… how many… I'm sorry… how many cigarettes do you use per day?
P: about a pack… one pack a day.
D: one pack a day, ok. alright. ok. about you, about social history, did I forget anything?
P: no.
D: no, alright. what is weight actually?
P: 52.
D: 52. are you fatigue?
P: yes, yes I am.
D: yes. what is the reason of your fatigue?
P: I don't know.
D: do you have loss of appetite?

P: no.
D: about vision, do you have vision loss?
P: no.
D: do you have blurred vision?
P: no.
D: do you have blind spots?
P: no.
D: and photophobia?
P: what's that?
D: do you… do you are scare when you see… when you see, I don't know, do you are scared when you see… I have… I don't know.
P: ok.
D: I don't remember the word. about your cardiovascular state, do you have chest pain?
P: no.
D: no. do you have… so I'm going to take your heart beat.
P: ok.
D: so I'm going to take that. so what is your?
P: it's normal.
D: it's normal ok. about your neurological exam, do you have headache?
P: no.
D: no. do you have numbness?
P: yes, my left leg feels numb and my fingers as well.
D: finger?
P: yes.
D: ok. since when?
P: I'm not sure, I don't know.
D: you don't know. and it's painful for you?
P: it's not painful but it's annoying because it's all the time.
D: ok. do you have tingling?
P: yes, also.
D: also, and the same?
P: yes.
D: ok. alright. do you feel weakness?
P: in my left leg, yes.
D: ok. and can you walk correctly?
P: yes.
D: yes. ok, so you have any headache, head trauma, do you have head trauma?
P: no.
D: no, do you have sensation of faint?
P: no.
D: fainting? no. when you walk, you… you have a sensation, do you have a sensation of incoordination?
P: no.
D: no. do you have tremors?
P: no.
D: ok. difficulty speaking?
P: no.
D: no. difficulty swallowing?
P: no.
D: ok. and seizures?
P: no.
D: no. ok. in your family, do you have specific elements that you want to say me?
P: no.
D: no, not cancer? not disease, specific disease?
P: no.
D: no, ok.
P: is there any exam you want to perform? any physical exam you want to do for me?

D: yes, yes, but in my anamnese I think that I forget something… about your … have you been hospitalized before?
P: no.
D: about your cranial nerves, I'm going to… it's difficult for me to explain correctly… so you straight ahead for me and I'm going to assess your eye movements. so, if you can, you are raising eyebrows. ok.

CANDIDAT 22/
D: so, hello!
P: hello!
D: I would like to check your identity first. so can you state your full name and your date of birth, please?
P: Carole Smith, and my date of birth is the 22nd of November 1980.
D: ok. so how old are you?
P: 36.
D: so you a female?
P: yes.
D: so first I'd like to ask you some questions about your job, and then we'll move on to your current problem. so what's your occupation?
P: I'm a wine seller, I sell wine.
D: ok. how long have you been doing this job?
P: since 2010.
D: are you exposed to any toxic substances?
P: no.
D: so you don't need to wear protective equipment?
P: no.
D: so, are you a smoker?
P: yes.
D: how long have you been smoking for?
P: 15 years.
D: ok. how many cigarettes do you smoke a day?
P: a pack a day.
D: do you drink?
P: yes.
D: what do you drink?
P: wine, because of my job.
D: ok, yeah. and how many times do you drink a week?
P: I drink every day.
D: and when you drink, how much glasses do you drink?
P: like 2-3 glasses.
D: and do you drink and drive?
P: can happen…
D: that's not really the safest thing to do but… do you do drugs?
P: no.
D: so, let's move on to your current problem. so what's brought you here along today?
P: I'm extremely tired.
D: have you noticed that you have lost weight or gained weight recently?
P: no, I eat the same, I feel the same.
D: how do you feel generally? do you feel…?
P: I feel fine.
D: what about your vision? have you experienced any vision or blurred vision?
P: no my vision is fine.
D: no sensitivity to light?
P: no.
D: apart from your… from you being tired, are you in pain?
P: not in pain, but I keep having those tinglings in my left leg and in my fingers. and also sometimes my leg feels numb.

D: your what?
P: my leg feels numb.
D: is it a specific part of your leg or…?
P: the whole leg.
D: do you have any headaches?
P: sorry?
D: do you have headaches?
P: no.
D: have you noticed any chest pains or…,
P: no.
D: nothing like that?
P: no.
D: so, I will ask you some neurological questions now. so you said you had no headaches, do you feel weak because you're tired?
P: yes, it's all because of that leg, sometimes I feel weak and it feels weak.
D: have you noticed any difficulty speaking?
P: no.
D: have you ever had any neurological problem before?
P: no.
D: have you experienced any seizures or vertigo?
P: no.
D: or any tremors?
P: no.
D: have you had a head trauma before?
P: no.
D: when did the numbness and tingling first came on?
P: about a month ago.
D: is it continuous or is it when you do something particular?
P: no, it's always there, always there.
D: do you feel that you have difficulty swallowing?
P: no.
D: so, did I forget anything?
P: no.
D: so now I will move on to the neurological exam if that's ok?
P: yes.
D: so I will test your cranial nerves. so, for the eye movements we are testing the 3rd, 4th and 6th cranial nerves. so can you move your eyes?
P: yes.
D: your eye movements are normal. I will… can I ask you to do movements with your face?
P: yes.
D: to test the facial nerve, which is the 7th nerve. so, is it normal?
P: what movement do you want me to do?
D: can you puff out your cheeks? ok. can you bare your teeth? or purse your lips?
P: ok.
D: and now for the 11th cranial nerve, ca you shrug your shoulders?
P: yes.
D: so now, to test your motor function, I would like you to walk on your tiptoes. is it normal?
P: yes.
D: and can you walk heel to toe?
P: yes.
D: no problem. and now, some tests to see if you have any sensitivity problems. so I will test the pin-prick sensation with a prick. so can you tell me if you feel it more on one side or the other?
P: I feel nothing on the left side.
D: ok. and about the vibration, can you tell if you… with the tuning fork, can you tell me if you feel more on the one side or on other side?
p:I feel nothing on the left side.
D: and…?
P: the right side is fine.

D: is there anything else?
P: no.
D: so, seeing your symptoms and the clinical exam, I will prescribe a brain MRI, which is an exam to see how… first if you have any problems in your brain, so the composition of your brain and the general aspect. it's painless, it takes a bit of time because you have to stay in the machine for about 30 minutes and you don't have to move at all. but other than that it's very simple.
P: ok.
D: do you have any question?
P: no.
D: so from your symptoms, and the complementary exam, I think that you have an early multiple sclerosis. it's a disease which affects the nerves and can cause the numbness and the tingling you've been feeling. it progresses by crisis. so, it's probably your first crisis, or I don't know if you say attack or crisis… so… do you have any questions on this disease?
P: is it curable?
D: no there is… we can't cure it. some people can live with it very well, but sometimes the attacks are kind of serious, we can't really say before it happens, so we'll have to see, we'll check on you when it happens.
P: ok.
D: so, to help with the numbness and tingling and also inflammation of the nerve, I will prescribe 1 pill of 20mg of prednisolone which is a corticosteroid and you will have to take it 3 times a day for 7 days.
P: ok, and it should make me feel better?
D: yes.
P: what exactly should it do?
D: it will reduce the inflammation in the nerve, so I think it will reduce the numbness and tingling and maybe it will make you feel less tired.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 23/
D: hello Mrs. Smith.
P: hello.
D: first, would you mind if I check some information?
P: sure.
D: so what is your date of birth?
P: it's the 22nd of November 1980.
D: ok. what is your age?
P: I'm 36.
D: ok. I just want to know, what did you do? have you got a job now?
P: yes.
D: what did you do?
P: I'm a wine seller, I sell wine.
D: ok. and, is there any major exposure of toxic or any substance?
P: no.
D: and in your job do you use protective equipment?
P: no.
D: is there any position or specific duties?
P: no.
D: you always been a wine seller?
P: since 2010.
D: ok. do you smoke?
P: yes.
D: how many cigarette a day do you smoke?
P: a pack.
D: a pack a day. since when?
P: 15 years.
D: ok. what type of cigarette?
P: just cigarettes.

D: cigarette. have you ever thought about quitting?
P: no.
D: and do you drink alcohol?
P: yes, because of my job.
D: ok and how often?
P: every day.
D: and do you do Drugs?
P: no.
D: so, now I'm going to talk about your problem. what's brought along you today?
P: I've been feeling very, very tired.
D: tired. ok, and there is anything or other symptom with the fatigue?
P: yes, I have that strange feeling in my left leg and in my fingers I feel tingling all the time.
D: left leg?
P: left leg and fingers but it's all the time.
D: when did you first notice these symptoms?
P: about a month ago.
D: and what did you do to relieve these symptoms? or is there something to make better or make worse?
P: no, there is nothing.
D: with your fatigue, do you feel… do you feel a loss of appetite or…?
P: no.
D: or any weight of loss… loss… weight loss or weight gain?
P: no.
D: no. now I'm going to talk about your vision. do you loss a part of your vision?
P: no.
D: is your vision became blurred?
P: no.
D: and do you see blind spots? little blind spots?
P: no.
D: during these symptoms, do you feel chest pain? no?
P: no.
D: and have you ever had a problem with your heart or…? no?
P: no.
D: these symptoms… are these symptoms linked to headache or…?
P: no.
D: no. have you ever had a head trauma?
P: no.
D: or vertigo?
P: no.
D: have you ever had a seizure?
P: no.
D: and when you loss… when you lose your feel in your arm and your toes, your finger, did you… have you got… have you… did you have a tremors?
P: no.
D: and, did you have difficulty to swallowing?
P: no.
D: ok. there is a specific part of the day when the symptoms occur?
P: no it's constant, it's all the time.
D: all the time. so now I'm going to check… ok, I think I have an understanding about your current symptoms but I… to check them, I need to examine you. so, could you close your eyes as tight as you can?
P: yes.
D: and could you clench your jaw for me please?
P: yes.
D: and could you shrug your shoulders?
P: yes.
D: and, don't let me put them down. now, I'm going to… no… can you… I'm going to examine your low… limbs so, it's improve to moving your legs. so can you walk on your tiptoes?

D: sure. and now can you walk in your heel?
P: yes.
D: now I'm going to test your vibrating sensation with this tuning fork. so did you feel that buzzing?
P: yes, but not on the left side.
D: ok. now I'm going to perform the pin prick test. so I'm going to put… I'm going to test your sensation in your skin. so do you feel the pin on your left arm?
P: yes.
D: and in your right arm?
P: yes.
D: did I forgot anything?
P: no. so what do I have doctor?
D: so I think you developed a SEP, it's a multiple sclerosis, but it's just the early of this disease. so, to make sure that' it's the right diagnosis, I want you to undergo a brain MRI and do you what it's?
P: yes.
D: so I'm going to prescribe you a corticosteroid, so maybe it's relieve this numbness on your arm and your finger. so you have to take prednisolone 20mg 1 pills 3 time a day for 7 day, ok? and then you're going to undergo your complementary exam, to make sure it's the good diagnosis. I think that's all.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 54/
D: so, hello miss. I just wanna make sure I have the right patient in front of me. so can you tell me what's your name, please?
P: it's Carole Smith.
D: alright. can you tell me when were you born?
P: on the 22nd of November 1980.
D: alright so how old are you now?
P: 36.
D: alright. then I have a few question for you and then we'll start. is that ok for you?
P: sure.
D: alright. so can you tell me what's your job? what's your actual job?
P: I cell wine, I'm a wine seller.
D: alright. since when did you practice this job?
P: 2010.
D: alright. do you use toxic element or…?
P: no.
D: only wine?
P: yes.
D: so concerning your social history, do you smoke?
P: yes.
D: alright so how many packs a day do you smoke?
P: just one.
D: alright. since when do you smoke?
P: 15 years.
D: alright. also do you drink alcohol?
P: yes.
D: how often?
P: every day.
D: I mean…
P: because of my job…
D: yeah I understand. how many glasses?
P: 2 or 3 a day.
D: 2 or 3 a day. do you do Drugs?
P: no.
D: alright. do you feel like your vision has decreased these last few months or is it alright?

P: no, my vision is fine.
D: alright. do you still have appetite?
P: yes.
D: you eat well, there's no problem with it?
P: no.
D: do you have any cardiovascular problem like, I mean, is there…?
P: no.
D: alright. so tell me now, I finally finished with my question, tell me especially what brings you here?
P: well I've been feeling very, very tired for the past month.
D: right.
P: and about 2 weeks ago, I started having tinglings in my left leg and in my fingers.
D: alright.
P: and sometimes my leg feels numb.
D: your legs feel numb? alright. so I'm going to perform some exam in order to check one or two things. so, can you follow the pen with your eyes, please, without moving your head?
P: yes, I can.
D: alright. so that's good. can you smile?
P: yes.
D: a very big smile please? and juts copy me for the movement you should do with your arm. so do this. alright. can you stand up please?
P: yes.
D: and can you tiptoe? can you practice tiptoe walking?
P: yes.
D: and can you heel to toe, please?
P: yes.
D: sure. now I'm going to perform one or two tests with my pen. you will have to tell me if it's soft or sharp. alright? are you ready? ok, done. alright and then I'm going to make some sound with this device and you're going to tell me if you hear it or not, alright? alright so that's good. the thing is I'm gonna have to perform a few complementary exams, in order to help me giving you, help me find the disease. have you… you will have to do a brain MRI, do you know what is it or not at all?
P: no.
D: so don't worry, it doesn't hurt at all, you just go into a big device, we take a picture of your brain, and… it's very noisy, it makes a lot of noise but it doesn't hurt at all. alright?
P: ok.
D: so you have to do this. do you have any question? is there anything I forgot?
P: no, don't think so.
D: so we do like you have done the MRI?
P: yes.
D: so, miss Smith, I have to tell you that you are suffering from multiple sclerosis. so, this is a neurologic disease. don't worry, I'll be here for you. you're not to help. and that's why you feel very tired and you can have tingling in your leg and stuff like this. alright? so it's completely independent of your job but we don't really know how it happens… so there is a treatment for this disease, don't worry. but the thing is we can't really cure it definitely. so you will have to take medication every day and then in order to stop the spread of the disease, alright? do you understand this?
P: yes.
D: alright so the treatment is made of corticosteroids, you will have to take prednisone, it means you will have to take one pill every… 3 days during 7 day.
P: ok. and what should I expect in the future?
D: I will see you again so we can talk about your disease. and we also… you will have to reduce a bit your activities in order to have some rest. alright? does it answer to your question?
P: ok, thank you.

CANDIDAT 55/
D: hello.
P: hello.
D: so what's your name?
P: it's Carole Smith.
D: ok and when were you born?
P: on the 22nd of November 1980.
D: ok, so how old are you?
P: 36.
D: ok, thank you. ok on occupational history… what bring you here?
P: I have weakness in my left leg.
D: ok.
P: and also I have constant pins and needles in my fingers.
D: ok. and, how did it start?
P: I don't know.
D: do you smoke?
P: yes.
D: a lot of? how many?
P: about a pack a day.
D: ok, and since when do you smoke?
P: about 15 years.
D: ok, and alcohol?
P: yes.
D: a lot of?
P: I drink every day because it's my job, so I drink wine every day.
D: what is your job?
P: I sell wine.
D: ok. and about drugs? do you take drugs?
P: no.
D: ok. now about your… are you tired?
P: no, yes I am very tired.
D: did you loss weight or gain weight?
P: no.
D: no, ok. did you feel sick?
P: no.
D: ok, now about your vision, something wrong?
P: no.
D: like blurred vision or vision loss?
P: no.
D: no. and do you have a sensitivity about your vision of light?
P: no.
D: ok and do you have chest pain?
P: no.
D: ok. do you have migraine?
P: no.
D: so just pins and needles and no numbness?
P: yes numbness, numbness in my left leg.
D: like weakness?
P: yes.
D: ok, ok. and do you have dizziness?
P: no.
D: do you smell chemical things? like…?
P: like, as a hobby?
D: yes.
P: no! ok thank you!
D: have you have tremors?
P: no.
D: or seizures?

P: no.
D: ok, thank you. now, please can you shrug your shoulder? both? both, like this? ok, thank you. and can you puff out your cheeks? thank you. and now close your eyes and open your eyes, thank you. can you stand up and walk?
P: yes.
D: ok. everything is ok?
P: yes.
D: ok. now I give you a pen… no, tell me if it's a blunt or sharp when I touch you, ok?
P: ok.
D: close your eyes.
P: it's blunt.
D: ok.
P: it's sharp.
D: ok, thank you. and the other hand. close your eyes
P: I don't know, I don't know.
D: thank you. ok. in your family, do you have disease about your parents, siblings or anything else?
P: no.
D: ok. now, my final diagnosis, you have early multiple sclerosis.
P: what's that?
D: it's a disease about your bone and your muscle, it's a degeneration about your body, so that's why you can't feel with your arm left. so you need complementary exam, it's a brain MRI.
P: ok.
D: and so you have, you need also a treatment, it's corticosteroids, the name of drug is prednisolone .
P: ok.
D: but you have a paper with notices and everything.
P: ok and the treatment, what is it that I need to take? how often? when?
D: it's caplet that you take three times a day.
P: ok.
D: during 7 days.
P: so I will be cured after the 7 days?
D: no it's a treatment can you help to stay normal; it's a degeneration so you can't cure totally.
P: I can't be cured?
D: no I'm sorry.
P: so, ok and in the future, is it going to be the same all the time?
D: we don't know, we need a brain MRI to know more about this disease. but don't worry ok?
P: ok, alright.
D: did I forget anything?
P: I don't think so.

CANDIDAT 84/
D: good morning.
P: hello.
D: I will be your doctor today, I'm Dr X and I will need some information.
P: ok.
D: to begin. so can I have your name?
P: it's Carole Smith.
D: yes, thank you. can I have your date of birth please?
P: it's the 22nd of November 1980.
D: thank you. so what are you doing in the life?
P: I'm a wine seller, I sell wine.
D: and you don't have exposure to toxic substances?
P: no.
D: no. you don't wear any protective equipment?
P: no.
D: ok. very interesting. so do you smoke?

P: yes.
D: how many packs of cigarettes?
P: about a pack a day.
D: every day?
P: yes.
D: ok. and so, it's a normal tobacco?
P: yes.
D: do you drink?
P: yes.
D: you know how many glasses a week?
P: about 2 to 3 glasses a day.
D: ok. it's all type of alcohol or?
P: no juts wine, for my job.
D: ok. do you do drugs?
P: no.
D: ok. so what can I do for you today?
P: well I'm here because I've been feeling pins and needles and numbness in my left leg.
D: ok, so… and for since when?
P: for about a month.
D: ok. do you take anything to relieve the pain?
P: no, don't know what to take actually.
D: yes, it's better to not take anything because you know. so do you have any other symptoms?
P: I'm extremely tired and sometimes I feel weak as well.
D: ok. do you have trouble to sleep with this?
P: no.
D: don't bother you at night?
P: no.
D: ok. do you eat well?
P: yes.
D: ok, do you have any other particular symptoms? not that I can think of.
P: no.
D: ok so no problem with your vision?
P: no.
D: ok. so, you have numbness and tingling and do you remember any disease you were affected by when you were…younger?
P: no.
D: nothing? you don't have any particular antecedents?
P: no.
D: ok. there are no… do you have any disease that runs in your family?
P: I don't think so.
D: ok, so do you have migraine, headaches?
P: no.
D: ok. so, anything else? I will assess your cranial nerves.
P: ok.
D: can you… is that ok for you to do this?
P: sure.
D: so can you shrug your shoulders? so I will need you to do some things, it could be a bit funny but it's to assess your cranial nerves.
P: ok.
D: can you puff out your cheeks? can you raise your eyebrows? thank you. so, can you follow my finger? ok. great. so, I need you to do some tests, can you walk?
P: sure.
D: thank you. heel to toe please.
P: ok.
D: ok. and can you walk on your tiptoe?
P: yes.
D: thank you. so I need to assess your sense on your upper limbs.
P: ok.

D: so I need a soft cotton wool and you will tell me when you feel it on your arms.
P: ok.
D: here?
P: yes… yes… yes… no… no…
D: ok so you don't feel anything on the left?
P: no.
D: and I will use now a pin, it's a pierce your skin, it's just the same, you tell me when you feel it
P: yes, yes, no, no.
D: ok. so I will need to assess your sense of vibration with this fork vibrating, vibrating fork
P: ok.
D: so?
P: yes, yes.
D: ok. so I will ask MRI to evaluate your function in your brain.
P: what's an MRI?
D: it's an imagery, a test, an imagery test, so it will see in your brain if you have anything like a tumour or anything. but you don't have to worry it could be other thing, it don't have to be just a tumour. so I will then to do an MRI. so I've got your results and I'm sorry to say you have an early multiple sclerosis
P: what's that?
D: so it's a disease that affects your brain, creates inflammation in your brain and can alterate your sense and also your muscles.
P: ok.
D: it's about your nerves, it affects your nerves. so it's not curable but you have medication to ease the pain and to relieve the symptoms.
P: ok.
D: if you want to talk to anyone about this, I can refer you to a good specialist, psychiatrist if you want.
P: ok.
D: psychotherapist.
P: ok.
D: so you will have a treatment of corticosteroids it's prednisolone, so you will have to take a pill 3 times a day every day and it's 20mg, I will write a prescription and you will get it.
P: ok. so what should I expect in the future form this disease?
D: it will, it's an early stage for the moment, it won't get too much worse but it will get worse eventually, in a few maybe few years. we don't know much about this disease because it spread very fast or slowly it depends on the person, on the treatment, how you respond to it, and you can have one or two crises a year, but between this you will have a normal life.
P: and so I see on the prescription that you're only prescribing prednisolone for only 7 days, why only 7 days?
D: because it's to ease with the crisis but after that we don't have, we don't have the treatment yet
P: ok, thank you.
D: you're welcome, I hope you will be ok.
P: I hope so too.

CANDIDAT 85/
D: what's your name?
P: Carole Smith.
D: ok, what is your date of birth?
P: it's the 22nd of November 1980.
D: ok so how old are you?
P: I'm 37.
D: ok, did you work?
P: yes.
D: what is your work?
P: I'm a, I sell wine.

D: ok, since when?
P: 2010.
D: did you have a specific exposure, major exposure to toxic substance?
P: no.
D: so don't need protective equipment?
P: no.
D: did you smoke?
P: yes.
D: about how many pack a day?
P: just one pack a day.
D: did you drink alcohol?
P: yes.
D: at which frequency?
P: I drink every day.
D: every day, how many drink?
P: 2-3 glasses.
D: 2-3 glasses a day. and did you do drugs?
P: no.
D: did you have any constitutional problem like weight loss, loss of appetite, sense of ill feeling or fatigue?
P: I feel very tired.
D: very tired, yes. did you have any vision problem?
P: no.
D: no. did you have chest pain, tightness, abnormal beats?
P: no.
D: ok. and on the neurologic system, did you have headache? numbness, tingling?
P: yes I have been feeling numbness and tingling.
D: ok. so, I'm going to make a neurologic exam, so you say you have numbness and tingling
P: yes.
D: not any other neurologic problem?
P: sometimes I feel weak as well, weakness.
D: weakness, ok. and it's all?
P: yes.
D: ok. so I'm going to check you cranial nerve so it involves some simple action, like eye movement. can you see… can you look up, down, left, right? ok. can you smile? can you pull out your tongue? ok. for the shoulder shrug, did I … can you raising up your shoulders like this? ok good, so no problem on your cranial nerve. for the motor function, I have to check you walking. so can you walk unaided?
P: yes.
D: yes, so can you walk on your heel? on your toe? ok good. next, I'm going to check you sensory so it involve a needle I will pick you on your arm to check if you feel the same on both side.
P: ok.
D: so is it the same on both side?
P: no, I can feel it on the right side but not on the left side.
D: ok, and next I'm going to use a I forgot the name, but did you feel the vibration the same on the both side.
P: no that's the same the left side I can't feel.
D: ok so I'm going to make complementary exam to lay the diagnosis. so you have to make a brain MRI
P: what's that?
D: it's an imagery which I can see your brain and your full brain so I can detect some abnormality to help me to lay the diagnosis. and after this exam, I found some problem on your MRI so I think you have multiple sclerosis, did you know it?
P: no.
D: it's a disease degenerative disease who… who touch the nerves so you immune system progressively attack your nerve so the, you lost some sensitivity or motor function progressively. but we can, we can… we cannot treat this because it's a degenerative disease but we can decrease

the speed of the progression of the maladie with a treatment with corticosteroid who called prednisolone 20mg one pill a day, one pill a day. 20mg one pill three time a day for 7 day.
P: and…
D: did you have some question?
P: yes there's one thing you said I didn't understand, you said my immune system is attacking my body? because isn't my immune system supposed to save my body?
D: yes in fact it's, it's normal function but in this disease there is a problem with your immune system and he attack yourself. it's why we treat you with corticosteroid to stop this attack and save your nerves
P: ok and in the long term because you say it's incurable and I will have this all my life, in the long term what should I expect?
D: can you repeat please?
P: yes, in the rest of my life what is going to happen, how is the disease going to evolve?
D: it's a bad diagnosis, yes, so you progressively have a loss of sensory so you feel, you don't feel all the sensation and it' the same for the motor function so you will progressively loss some motor function like walking or other things. so we can make also reeducation, kynesitherapie to help you don't loss this motor function.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 86/
D: hello.
P: hello.
D: just to check can you remind me your name please?
P: it's Carole Smith.
D: when were you born please?
P: on the 22nd of November 1980.
D: 1980. so you're 37?
P: yes.
D: I'm going to ask you some question about your life.
P: ok.
D: what's your job?
P: I sell wine, I'm a wine seller.
D: who's your employer?
P: I am.
D: you, and since when?
P: 2010.
D: in your job, do you have specific duties or position?
P: no I just well I carry boxes of wine so heavy stuff.
D: are you exposed to something dangerous?
P: no.
D: like dust? and do you have to wear a protective equipment?
P: no.
D: do you smoke?
P: yes.
D: how often?
P: every day.
D: how many cigarettes per day?
P: a pack, a pack a day.
D: do you drink alcohol?
P: yes.
D: how often?
P: every day.
D: and, how many drinks per day?
P: usually 2 or 3 glasses a day.
D: and what type of alcohol?
P: wine, because of my job.
D: and do you do drugs?

P: no.
D: so, why are you here?
P: well I came because I've been feeling numbness and tingling in my left leg.
D: left leg?
P: yes.
D: is there about your everyday life, do you do you something special like weak?
P: sometimes I feel weak yes.
D: and it's very tired or just weak?
P: I'm extremely tired as well yes.
D: your appetite is normal?
P: yes.
D: do you feel ill? for you?
P: no I feel good.
D: about your vision, is there anything, about your vision is there anything that I should know?
P: no.
D: no photophobia nothing?
P: no.
D: have you ever have, have you ever had chest pain or tightness?
P: no.
D: not today?
P: no.
D: and abnormal rhythm?
P: no.
D: so you said you have felt numbness and tingling and no migraine?
P: no.
D: so, about, is there anything that make you difficult to speak? no difficulty speaking?
P: no.
D: swallowing?
P: no.
D: just weakness and numbness and tingling?
P: yes.
D: no… you haven't had a trauma?
P: no.
D: you don't know how it happened?
P: no.
D: so I'm gonna check your, I'm going to examine your cranial nerves.
P: ok.
D: can you shrugging your shoulders? can you check your… clench your jaw? you have difficulty?
P: no.
D: it's ok. can you, about just to check your eye movements, can you look the ground? and follow my, follow my hand. ok thank you. so, now I'm going to look how you walk, can you walk on your heel? and on your toe? alternatively? and can you walk on your toes please? and can you walk your foot and after another foot just like that? about… you're… can you close your eyes please, I'm gonna, I'm going to, I'm going to test your sensory, your sensible… can you say yes when you feel the something sharp?
P: yes.
D: on both sides?
P: no I can't feel it on the left side.
D: I'm… and your vibration with buzzing device, on your right side?
P: yes.
D: and no on your left side?
P: no.
D: so according to your symptoms, I'm going to ask for complementary exam, brain MRI, are you ok?
P: yes.
D: so, then I got your results. I'm afraid you have multiple sclerosis.
P: what's that?

D: it's a disease that damaging your brain and it's at, it's at its onset so it's better to discover it early. there is, so, I'm going to prescribe corticosteroids prednisolone 20mg, that's to say 1 pill 3 times a day and for 7 days. are you ok with the treatment?
P: yes. ok, can you tell me about the evolution of the disease? is it something that's curable so at the end of the 7 day I'm be fine?
D: no it's an incurable disease and there is no treatment to recover totally and completely but there is treatment to slow the evolution.
P: ok and in the long term what should I be expecting?
D: in the long term, if you have a new treatment I thought, I thought you can… death isn't… I thought it's the question, if you have a good treatment the risk of death are not today is not tomorrow, in a long time.
P: ok, thank you.

CAS CLINIQUE 10 : CARL FRIEGGER

CANDIDAT 24/
D: ok, hello.
P: hello.
D: what's your name?
P: it's Carl Friegger.
D: hello Carl, what's wrong?
P: I have pain, stomachache.
D: before to ask you more detail about your pain, I'm going to ask you a few question about you would that be ok?
P: sure.
D: when were you born?
P: on the 24th of April 2010.
D: 2010? so you're 8 years old?
P: yes, I'm with my mummy.
D: who's your family doctor?
P: it's Dr Rupert.
D: who is your next of kin?
P: it's my mummy.
D: ok, so do you suffer from any allergy?
P: yes.
D: yes, what type of allergy do you have?
P: I'm allergic to penicillin.
D: what type of reaction does it cause?
P: it gives me a rash.
D: ok, where?
P: everywhere.
D: ok. is it scratchy?
P: yes well I scratch myself.
D: ok. you have food allergies or?
P: no. also I'm allergic to cats.
D: the same reaction, rash?
P: no it makes me cough, sneeze and my eyes are watery.
D: are?
P: watery.
D: ok. ok so now go back to your pain, you told me you have stomachache.
P: yes.
D: when did it start?
P: yesterday afternoon.
D: ok. is there anything that trigger the pain? or make it worse?
P: no.

D: nothing. what time did it start?
P: I don't know.
D: in the afternoon?
P: I was at school yesterday afternoon.
D: what type of pain is it?
P: it's very strong and it's shooting.
D: ok. when does it appears? after a meal?
P: I was in school in the afternoon.
D: ok. is there any position that make the pain worst or not?
P: worse no, but when I bend my legs I feel better.
D: ok. so, now I'm' going to check your vital sign would that be ok? you mom is ok with that I can?
P: yes.
D: ok so I'm going to take your temperature, your temperature is 38.6°, your pulse is 93 pulse per minute, your respiratory rate is 16 breath per minute and your blood pressure is one thirty over ninety millimetres of mercury which is quite good. now I'm going to perform you a clinical exam on your gastro intestinal system, would that be ok for you?
P: what's my gastrointestinal system?
D: sorry? what is it?
P: yes, I don't understand the word.
D: it's… I'm going to check just if the part of body which… it help you to live when your eat food, it take the nutrient, it give you energy.
P: oh you mean like my belly?
D: yes. so, can you please lie flat on the couch, I'm going to inspect yourself. I can see pallor. now I'm going to listen to your belly, so I can hear sounds so that's good for you. now I'm going to the feel at your body, so it's tender so quite good. and now I'm going to tap on it, there's nothing remarkable. so, to confirm my diagnosis I'd like to requested, request a full blood count.
P: what is it?
D: so full blood count we're going to take a blood sample and we're going to make test on it, to check how your glycaemia is, so the sugar in your blood, the cholesterol to check if your white blood cells are good, if your red blood cells are good as well, because it's the cells that carry oxygen from your lungs to all your body. so, thanks to complementary exam, my final diagnosis is acute appendicitis. so, you need a surgery, it's really safe, doctors always perform this surgery very easily, so they will just remove your little thing the little thing at the bottom of your large intestine.
P: but if they remove, is it going to grow back?
D: no because it's really old thing that was used to eat grass before and so it's useless now so if they remove it will not come back and it will be fine for you.
P: ok, but are you doing the surgery here?
D: no you're going to go to the hospital.
P: I don't want to go to the hospital.
D: but you need to, you're going to see the surgeon, you're going to see the anaesthesist, and they're going to explain you how the surgery to happen, pretty safe for you and you will be fine after that.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 25/
D: hello!
P: hello!
D: just before I'm going to check your identity in order to make sure you are the right patient. so can you give me your full name, please?
P: it's Carl Friegger.
D: ok, thank you. what is your date of birth, please?
P: it's the 4th of April 2010.
D: ok. so, how old are you?
P: I'm 6. so, you're talking to my mom.
D: ok! what is your, his family doctor?

P: it's Dr Rupert, R-U-P-E-R-T.
D: ok, and his next of kin?
P: that's me, Mrs. Friegger.
D: ok, did he has allergies? like medication or food?
P: yes, he is allergic to penicillin.
D: penicillin, ok. what type of reaction?
P: skin rash.
D: skin rash, ok. and about food no allergy?
P: no, no food allergy. the only other thing, he's allergic to cats.
D: cats, ok. so reaction? asthma?
P: well it's not asthma but it makes him cough, sneeze, it makes his eyes watery, runny.
D: ok. so, we can deal with his present problem.
P: sure.
D: so, he's in pain?
P: yes.
D: so, where? where he hurts?
P: in the abdomen, in the right part of the abdomen.
D: ok. since when?
P: it started yesterday afternoon at school.
D: ok. what type of pain is it?
P: it's a very acute pain apparently, and he says it's like shooting.
D: ok. is it anything that make it better or worse?
P: when he's lying and his legs are bent.
D: can you repeat please?
P: his legs are bent on his stomach, it relieves him.
D: ok. how… from 0 to 10 how bad is pain?
P: he says about 8.
D: 8, ok. and… is there anything else about this pain? there is another pain?
P: no.
D: ok. how last… how do the pain last? in…hour or in minute?
P: it's constant.
D: it's constant, ok. since yesterday?
P: yes.
D: ok. so, thank you the information. I am going to take his vital signs, if you are agree with that?
P: sure.
D: so I'm going to take his temperature. he has 38.6, so it's a little high, but, because the normal is 37. his pulse is 93 (nineteen three), a little too high, because the normal is 60 to 70. his respiratory rate is 16, so it's ok and I'm going to take his blood pressure. so his blood pressure is 130/90 (one thirty over ninety), so a little too high because he must have 120/80 (one twenty over eighty). after that, I am going to make, to do a clinical exam to Carl. so I'm going to inspect, auscult, palpate your son, if you are ok?
P: sure.
D: so I'm going to inspect his abdomen. so, I find the pallor of his abdomen. so I'm going to auscult his abdomen. I found sounds. it's normal. I'm going to palpate his abdomen. so, on palpation I found tenderness. and I'm going to tap in his abdomen and on percussion nothing is abnormal. so, with all the information, with the clinical exam and his vital signs, I… he has to do a FBC, you know which is FBC?
P: no.
D: it's a full blood count. so his, he need to have a blood test in order to count the cells which are present in her blood, like red blood cells, white blood cells, etc.… it's an invasive test but it's painless. so, if you are any questions about this?
P: no.
D: ok. so I have the results of the complementary exams, so he suffer from acute appendicitis. you know what is appendicitis?
P: not really, no.
D: is it an inflammation of the part of the bowel of your son which is inflammated. so, that's why he have this pain, which is constant and severe. so, I think the most important treatment is

surgery. I know it's difficult at this age but it's the only solution in order to relieve the pain of your son. so the surgeon will do an appendectomy in order to remove the intestines which is inflammated. that's all for me if you have any question?
P: how long is he going to stay in hospital?
D: with this surgery, I think he can go to hospital in the morning and go to your home at the evening.
P: ok.
D: so don't worry it's not a hard surgery and the operation has all the chance to succeeded.
P: thank you.
D: thank you.

CANDIDAT 56/
D: so, can you give me your name… and your name, please?
P: it's Carl Friegger.
D: ok. so what is your date of birth?
P: it's the 4th of April 2010.
D: and how old are you?
P: I'm 6. so it's my mom who's answering!
D: could I have the number of your family doctor?
P: the phone number? it's 457-9292.
D: ok and what's his name?
P: it's Dr Rupert. R-U-P-E-R-T.
D: ok. can I have the closest family member?
P: it's me, the mother, Mrs. Friegger.
D: ok. so your son did he have any medication allergies?
P: yes, he's allergic to penicillin.
D: ok and how did he react?
P: it gives him a skin rash.
D: and did he have food allergies or others allergies?
P: he's allergic to pet, cat hair.
D: and how did he react?
P: it makes him cough, sneeze, red eyes, watery eyes… physical.
D: so what brings here today?
P: he's complaining of pain in his abdomen.
D: ok. and when did it start?
P: well, yesterday.
D: so, at what time of the day the pain is the most important?
P: it's the same all the day, it's always the same.
D: and it start very intensive, very sharp immediately or…?
P: yes, it was very sudden and very brutal.
D: ok. and do you know if something relieve the pain or if there is a position that make that is worse?
P: well he said that when he is lying and his legs are bent, he feels better.
D: ok. did he… does he take any treatment to relieve the pain?
P: no, nothing works.
D: and between 0 and 10, do you know how bad is it, the pain?
P: it's an 8.
D: so, concerning his vital signs, her temperature is 38.6°, pulse is 93 beats per minute, his respiratory rate is 16 beats… breath per minute and his blood pressure is 130/90 (one thirty over ninety). can I exam your child?
P: sure.
D: I will inspect his skin. on the inspection, his skin is pale. could you take off your shirt? on the auscultation I hear gastrointestinal sound so it's good. I will palpate and during the palpation, it's tenderness so it's painful. and nothing abnormal on percussion. so I will prescribe complementary exam. so he have to do a full blood count, so do you know what is a full blood count?
P: no.

D: it's a blood sample and we count the number of red blood cells, white blood cells, platelets, haemoglobin, haematocrit, mean corpuscular volume and erythrocyte sedimentation rate. so, after the results we know that your child have an acute appendicitis so we have to make a surgery which is called appendicectomy. so do you want more explication?
P: yes, please.
D: we will make a little incision on his abdomen and we'll take off the appendicis, appendicitis to relieve the pain and we can live normally without it.
P: ok. so does he need to be hospitalized?
D: 1 day maybe but it's not long hospitalization.

CANDIDAT 57/
D: so, hello!
P: hello!
D: what's your name?
P: it's Carl Friegger.
D: ok, when were you born?
P: on the 4th of April 2010.
D: ok.
P: so, I'm with my mom and my mom is speaking.
D: ok, so I'm talking to the mom?
P: yes.
D: ok. so how old is your son?
P: 6.
D: 6 years old, ok. who is your family doctor?
P: it's Dr Rupert. Rupert.
D: ok. so you're his mom?
P: yes.
D: ok, Mrs. Friegger.
P: yes.
D: ok. so, does Carl have… has any allergies or something?
P: yes. he's allergic to penicillin.
D: ok. what type of reaction?
P: it gives him a skin rash.
D: a skin rash, ok. when did you discover this allergy?
P: when he was really young, like 2 years old.
D: ok. any allergy to any food?
P: no. but he's allergic to cat hair.
D: ok, and do you have any cat or any…?
P: not anymore.
D: not anymore, ok, because of him, ok! and what type of reaction?
P: well, it made him cough, sneeze, it gave him watery eyes.
D: ok. so, what happens to him?
P: he's been complaining of abdominal pain, in his right abdomen.
D: ok. when did it begin?
P: yesterday.
D: yesterday, ok. and it began suddenly or…?
P: it was very sudden.
D: ok. did he vomit or…?
P: no, just pain.
D: just pain, ok. it happened on the morning? on the evening?
P: it was yesterday afternoon, he was at school.
D: and was it after lunch maybe?
P: I don't really know, just in the afternoon.
D: did he describe the pain? has he tried to explain?
P: yes, he says that it's like a shooting pain.
D: ok.
P: but apparently it's very acute.

D: ok. the pain is relieved when he's lying on the couch or…?
P: when he's lying with his legs bent, bent on his chest.
D: ok. anything else that relieve his pain?
P: no.
D: is there anything that exacerbate, worsen his pain?
P: I didn't try!
D: I can understand, ok! can I talk to him directly?
P: sure!
D: Carl, can you tell me on a scale from 0 to 10, 0 is when you have no pain and 10 is the worst pain ever, can you tell me on this scale how much you have pain?
P: 8.
D: 8, ok. so I'm going to check his vital signs.
P: sure.
D: so, first Carl, I'm going to take your temperature. so, I'm going to put the device on your ear, don't be afraid. so your temperature is 38.6, which means he has fever. now I'm going to listen to your heart, to see how many beats per minute you have. normally your heart must beat at 80 beats per minute, and I'm going to see if he beats too fast or not. so, your pulse is 93 per minute, which means your heart beats too fast, his heart beats too fast. then your respiratory rate. so I'm going to listen your respiration during 1 minute and count the number of respirations per minute. so it's 16. it's a bit higher than it should be. and finally I'm going to take your blood pressure Carl. so, I'm going to put a device on your arm, and which will calculate your blood pressure. so your blood pressure is 130/90 (one thirty over ninety) mmHg. ok, so I have your vital signs, now I'm going to make a clinical exam. so, Carl can you take your shirt off, please, if it's ok?
P: yes.
D: so first, I'm going to inspect your abdomen, your belly. I can see that you're a bit pale, it means that your skin is too pale, is white. now I'm going to listen to your belly, so I will just ask you to breathe normally and I will listen to it. I can hear some sounds. now, I'm going to have a feel on some points of your belly if it's ok? tell me if you feel any pain or something? I'm not here to make you feel any pain, but just tell me. so, I can feel some tenderness on the right side of your abdomen. and finally I'm going to tap on it, so same tell me if you feel any pain. so, I don't… there is no remarkable sound so it's ok. so, now I have your vital signs and I did the clinical exam, I will prescribe you some complementary exams to have more informations. so it's called FBC, full blood cells, yes? so we will count your leukocyte, erythrocyte, thrombocyte, which are parts of your… it's cells of your blood. haemoglobin, haematocrit, MCV and ESR, I'm sorry I can't remember… and then I will have the results, I will tell you what we have to do. so, now I have the results of the complementary exams. I think you had an acute appendicitis which explains why Carl have, had pain on the right side of his abdomen. so, I think it will be necessary to operate him, he needs surgery. I know it can be scary to know this, but it's better to take the appendicitis out of the body than to leave it and maybe it can infect. so it's better to do an appendectomy, which will be done by myself. he will come at the hospital at morning, I will operate him with general surgery and then at 6pm I think, he can come home and I will give you some pain relievers to give him and you will have to take these medications during one week and then he will be ok. but don't worry, he will be fine after the surgery.

CANDIDAT 87/
D: hello.
P: hello.
D: what's your name?
P: it's Carl Friegger.
D: ok, when was you born?
P: on the 4th of April 2010.
D: so you are 8 years old?
P: yes.
D: what's the name of your family doctor?
P: it's Dr Rupert.
D: can you spell it please?
P: R-U-P-E-R-T.

D: ok thank you. who is the closest member of your family?
P: it's my mommy she's with me because I'm 8 years old.
D: what's the name of your mommy please?
P: Mrs. Friegger.
D: have you any allergies?
P: yes.
D: medication?
P: yes to penicillin.
D: what reaction it causes?
P: it gives me a rash.
D: ok. is there any food allergies?
P: no.
D: other? pet fur?
P: yes to cats, I'm allergic to cats.
D: ok and what does it cause?
P: so it makes me cough, sneeze and my eyes become red and watery.
D: ok. thank you. so, are you, you're in pain?
P: yes.
D: where does it hurt?
P: here.
D: when does it start the pain?
P: yesterday.
D: today? this morning?
P: yesterday.
D: yesterday morning?
P: yesterday afternoon.
D: is the pain constant?
P: yes.
D: and, from 0 to 10 how it hurts?
P: 8.
D: does it irradiate?
P: no.
D: ok and how is the pain? is it like stabbing?
P: no it's shooting.
D: ok. and what does, what makes the pain, what relieves the pain?
P: nothing.
D: and is there something that makes it worse?
P: yes there is something that relieves it, when I bend my legs.
D: ok.
P: and there's nothing that makes it worse.
D: ok. so, I'm going to take your vital signs. so your temperature is 38.6°, your pulse is 93 beats per minutes, your respiratory rate is 16 breaths per minutes and your blood pressure is one hundred and thirty over ninety mmHg. so it's ok. you, do you feel feverish?
P: no.
D: ok you have a little, you have a little fever. so, I'm going to do the clinical exam, are you ok, with this?
P: yes.
D: so please remove your t-shirt. on inspection, I see you are a little bit pale. on auscultation, so, I'm going to put the stethoscope on your abdomen and I hear some sounds.
P: is it good?
D: yes, it's ok. I'm going to, to have a feel to your tummy. so tell me if it's hurt you.
P: yes.
D: there is, it hurts when I touch so there is tenderness. and on percussion there is nothing. so, I received the result of your complementary exams, it is a full blood composition, no count, full blood count. so, it's a count of the leukocyte, erythrocyte, thrombocyte also know as your haemoglobin, haematocrit and the mean corpuscular volume and erythrocyte sedimentary rate. so thanks this complementary exam, I diagnose an acute appendicitis.
P: what is it?

D: it means that your appendix is inflamed because of bacteria in and that causes an inflammation. so it's not, it's a quite common disease but you will undergo a surgery which is called an appendicectomy. it is very, very common surgery. and you will be hospitalized for a day or two.
P: but I don't want to go to hospital.
D: it won't last so long, it will be ok. you will be with your mom.
P: is it because I ate too much candy?
D: no, no, there is no reason for… no particular reason.
P: but if you remove it is it going to grow back?
D: no if we remove it, it don't grows back and there is no problem to live without the appendix.
P: but…ok, thank you.

CANDIDAT 88/
D: hello.
P: hello.
D: I'm going to start with a quick presentation, could you tell me your name?
P: it's Carl Friegger.
D: ok, how old are you?
P: I'm with my mum I'm 6 years old.
D: ok. Carl, do you know when were you born?
P: yes, on the 4th of April 2010.
D: good. could you tell me who is your family doc?
P: it's Dr Rupert.
D: could you spell it?
P: R-U-P-E-R-T.
D: ok perfect and do you know who is your next of kin?
P: it's mummy, she's here.
D: and do you know the name of your mummy?
P: it's Mrs. Friegger.
D: yes. ok so now I'm going to learn a little more about you so could you tell me do you suffer from any allergies?
P: yes, yes.
D: do you know to what?
P: I'm allergic to penicillin.
D: ok and what does it cause?
P: a rash.
D: ok. and do you take, no sorry. and do you have other allergies?
P: yes, I'm allergic to cats.
D: oh to cats. and does it cause a rash too?
P: no it causes a cough, it makes me sneeze and my eyes are watery.
D: ok. are you allergic to certain food?
P: no.
D: perfect. so now, could you tell me what brought you along today?
P: I have stomachache.
D: oh. could you tell me since when?
P: it started yesterday.
D: so, in which part of your abdomen?
P: it's here.
D: ok. you told me it started yesterday and, did you do something, do you know, what could have caused that?
P: I don' know.
D: ok. is it worst at a time of the day?
P: no.
D: does it graduate when you do something? when you bend over?
P: no.
D: so, could you describe me more your pain?
P: it's very strong.

D: ok and it's like what? like…
P: it's shooting.
D: shooting ok. so you told me nothing exacerbate your pain, but is there something that relieves it? a position or?
P: yes when I bend my legs.
D: it's better?
P: yes.
D: so it's a strong, shooting, intense pain?
P: yes.
D: do you have any other pain? is it radiating to another part?
P: no.
D: just your stomach?
P: yes.
D: ok so now I'm going to check your vital signs if it is ok?
P: yes.
D: so about your temperature, it's a little high you have 38.6°c. about your pulse, it's ok, you have 93 beats per minute. your respiratory rate is 16 breaths per minute, it's perfect. and your blood pressure is one hundred and thirty over ninety, it's perfect too. now, I'm going to examine you, if it is ok for you?
P: yes.
D: so, on inspection, I can see that you're a little pale. on auscultation, I can hear some sounds in your belly. on palpation, I can feel some tenderness. and on percussion nothing was abnormal.
P: ok.
D: so to be sure about my diagnosis, I'm going to ask you to do some complementary exams. it's going to be a full blood, a full blood count that is to say that we're going to take a little of your blood to examine it to examinate it. we're going to see the level of leukocytes.
P: what is it?
D: leukocyte it's the policy of your blood, we call it also white blood cells and… it's part of your immune system, remember that it's the police of your blood. then we're going to measure le level of erythrocytes, this is the red blood cells. and then the thrombocytes also called platelets, you know that mater. also, haemoglobin is going to be checked, the haematocrit, the mcv and the ECR, ESR. so, now, after this complementary exams, there's some levels who are not really, which are not really normal and that is consistent with what I thought you have, because my diagnosis after all that is that you have an acute appendicitis. but, it's ok, because there is a treatment. the treatment is surgery, this surgery is called appendectomy, so the doctors will remove your appendicitis, it's a little organ in your belly and it's not really important. and then after that you will feel better.
P: but I don't want to be surgery!
D: you don't have to worry about that, you will be sleeping so you will not feel anything and the doctors are professionals. it's not very rare that appendectomy. so you will be sleepy and you will not feel anything and when you will be, when you wake up you will finally, and everything will be ok.
P: but, and the pain will be gone?
D: the pain will be gone because we will remove the part that is causing the pain.
P: what is causing the pain?
D: well I don't really know why because the cause will be seen during the surgery but maybe a little, there is something that is blocking your appendicitis, so it has swollen and that's causes the pain.
P: ok. thank you.

CAS CLINIQUE 11 : JANE BLACKS

CANDIDAT 26/
D: hello.
P: hello.

D: so first what's your name?
P: it's Jane Blacks.
D: ok, so you female I assume.
P: yes.
D: what's brought you along today?
P: well I've been super, super tired for a few weeks and well that's bothering me.
D: ok I can see that. when were you born?
P: on the 23rd of December 1986.
D: alright, so how old are you? I'm bad at maths.
P: 31.
D: ok. where were you born?
P: in Boston.
D: ok. so you're American. are you married?
P: yes.
D: are you on a specific diet?
P: I'm careful with sugar because I have diabetes.
D: oh you have diabetes?
P: yes.
D: do you have another chronic disease?
P: no.
D: is there any disease that runs in your family?
P: not necessarily no, just my dad he passed away.
D: oh ok do you know why?
P: he died of a of pulmonary embolism.
D: ok. and what about your mom?
P: she's alive, she's fine but she keeps complaining about her bowel, but don't really know.
D: ok. so, what about you? you were telling me that you were feeling very tired.
P: yes.
D: do you have other symptoms? is your sleep well?
P: no.
D: no, ok. do you eat well?
P: yes.
D: ok, do you feel nauseous?
P: no.
D: right, ok so you have difficulty sleeping?
P: yes.
D: do you feel weak?
P: yes but that's probably linked to all the different things, I 'm tired, I can't sleep?
D: is your feeling well? do you feel numbness or tingling?
P: no.
D: ok, no, alright. do you have… do you feel any swelling in your body?
P: sometimes my throat is swollen, that's very strange.
D: ok. you didn't lose weight?
P: I did.
D: you did. and now about your stomach, do you feel any pain?
P: no.
D: no, no pain ok so… do you vomit?
P: no.
D: no, ok. what about your bowel movement?
P: I have diarrhoea, a lot.
D: a lot, alright. do you find blood in your stools?
P: no.
D: is there a change of the colour?
P: no.
D: alright. I'm now going to check your vital signs. so first your temperature 37.1 this is right. now I'm going to take your pulse, 79, it's ok. your respiratory rate, 12 it's a bit low and your blood pressure a hundred over eighty, this is pretty fine. well for the moment, it's the symptoms are very general so it's complicated for me to see what's happening so I would like you to have

a complementary exam it's an FBC, full blood count, actually you will have to have a blood test and I'm going to ask you test some of your thyroid hormones, your lipids and your glycaemia.
P: ok.
D: ok so now I've got the results of your blood test. and it show that actually you have a problem with your thyroid hormones and that could explain of course all of your symptoms, especially the fatigue, this is totally relevant. this is not a big deal ok, so relax. you will just have to take a medication it's called the Levothyrox. you will have to take it one pill every day on orally.
P: ok.
D: and… I guess that's it.
P: and so for how long do I have to take this treatment?
D: it will be your entire life.
P: why?
D: because actually it means that your thyroid doesn't work well and we don't know why maybe it's genetics… but the only, the only things we can do it's to give you hormones to take directly.
P: ok, ok, and so with the treatment, like all of my symptoms are going to disappear?
D: yes most of them actually, because it seems that there are all linked to this. but if some of them don't disappear you'll have to see another doctor..
P: ok, thank you.

CANDIDAT 27/
D: hello Mrs. Blacks
P: hello.
D: first I'm going to ask you some question about you and after we will speak about your specific problem, ok?
P: ok.
D: so, can you say me your date of birth please?
P: it's the 23rd of December 1996.
D: can you repeat just…?
P: 23rd December.
D: December and the date?
P: 23rd.
D: thanks. ok, so you're… how old are you?
P: I'm 29.
D: ok. your birth place please?
P: I was born in Boston.
D: Boston ok, and you're American, are you American?
P: yes.
D: are you married, single?
P: I'm married.
D: ok, do you eat a specific diet?
P: no.
D: no.
P: er yes sorry, I have type II diabetes so I'm careful with sugar.
D: ok. you're diabetic. do you have any family history? no stroke? with people in your family no stroke, no heart attack?
P: my father died of some respiratory problem, I don't know what really…
D: can you precise his age of death, please?
P: he was 34.
D: ok.
P: and my mom she has bowel problems.
D: ok. but…
P: I don't really know, I don't understand.
D: ok. so, what brings you here?
P: for the past couple of weeks I've been feeling very tired.
D: ok.
P: very, very tired.
D: tell me more, you have other specific problem, lost of weight?

P: I have lost weight, yes.
D: about your appetite?
P: it's the same.
D: do you have any problem with bowels? are you nausea?
P: no, no nausea, no.
D: ok. are you… constipated?
P: no.
D: no.
P: on the contrary I have diarrhoea.
D: diarrhoea, ok, thank you. ok. I'm going to examinate you.
P: ok.
D: first I'm going to take your vital sings, so let me check up your temperature, it's normal 37 you have no fever. now I'm going to take your pulse, 79 ok, your respiratory breath is 12 it's normal too, and all of your… roll up your sleeve please I'm going to check your blood pressure, is it normal, 100/80. so, I think, regarding your symptoms, I think you need complementary exam.
P: ok.
D: so I'll prescribe you full blood count, it's an easy examination, just a blood test, a blood sample to count your blood cells.
P: ok.
D: we need to check leucocyte, erythrocyte, thrombocyte, red blood cells, white blood cells, platelets. your fasting glycaemia too.
P: what does it mean fasting?
D: we need to check your glycaemia because you're diabetic, it's important to check your glycaemia on an empty stomach, ok?
P: ok.
D: and over more test, more specific juts for me. so I have, I got your results and you have hypothyroidism.
P: ok.
D: so, it's not a severe disease, it's treatable so keep going, we can treat it. you need a treatment, call Levothyrox. I'm going to give you prescription. you need, you have to take Levothyrox every day per, by mouth.
P: ok.
D: one pills, every day. maybe, do you have question?
P: is it going to change my life? do I need to change things in my lifestyle?
D: I think no, it's important to take the treatment for sure, but we deal with your diabetes, but I think no, juts take the treatment it's important and it going to be better I think.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 58/
D: hi.
P: hello.
D: what your name?
P: I'm Jane Blacks.
D: ok, what is your date of birth?
P: it's the 23rd of December 1986.
D: ok, so how old are you?
P: I'm 29.
D: ok. where were you born?
P: in Boston.
D: ok, so what is your nationality?
P: I'm American.
D: ok, are you married?
P: yes.
D: ok. how about your diet? do you have a special diet?
P: yes I have type II diabetes so I'm careful with sugar and fat.

D: ok. and about your family history, have anyone in your family with cancer or cardiovascular disease?
P: well my father, he had some kind of respiratory disease but I'm not sure about what it was but he died because of a respiratory disease.
D: ok and how old he is when he died?
P: he was 34.
D: ok, and think about your mother?
P: she has some bowel problems
D: ok. so, what's wrong?
P: well I've been feeling very strange recently. the main thing is that I'm very, very tired.
D: ok. something else?
P: well I'm very tired but at the same time I can't sleep.
D: ok. and do you… do you have a loss of appetite or do you loss weight?
P: I've lost weight, I've lost about 4kg in the last month.
D: ok. do you have abdominal pain? nausea? or something else?
P: no.
D: ok. so, I will check your vital signs.
P: ok.
D: I'm going to take your temperature, your temperature is 37.1, your pulse is 79, your respiratory rate is 11, I will take your blood pressure so roll up your sleeve please, your blood pressure is one hundred over eighteen. you may be, you have a problem in your blood, or in your gastrointestinal tract so you should have a blood panel, so will, so you will do a blood sample to check your cells in your blood with lipids and fasting glycaemia but be careful with fasting glycaemia, you have to be on an empty stomach so don't eat before.
P: ok, can I drink?
D: yes, but only water, not soda or anything.
P: ok.
D: and we will check also the electrolytes and the serology to see if you have a virus or something else.
P: ok.
D: so, I have your results and I have bad news, you have hypothyroidism, but it can be treated.
P: ok.
D: you have to take Levothyrox, every day, per mouth.
P: ok.
D: did I miss anything?
P: a few of my symptoms! my throat keeps swelling, is it normal?
D: if you have hypothyroidism, yes, because thyroid is on your throat.
P: ok and is it something curable?
D: not really but you have to be on medication during all your life and you can have a normal life even if you're sick.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 59/
D: hello, you are Jane Blacks?
P: yes.
D: yes, when were you born?
P: I was born on the 23rd of December 1986.
D: and where do you born?
P: I was born in Boston.
D: what is your nationality?
P: I'm American.
D: you're married?
P: yes.
D: do you have a special diet?
P: yes, I'm careful with sugar because I have type II diabetes.
D: ok. about your family history, your mother or your father have specific health problem?
P: my father he died when I was young of some respiratory disease but I don't know what.

D: ok.
P: and my mother well she has bowel issues but that's the same not too sure.
D: ok and your father how old were he when he died?
P: 34.
D: and, what is the problem when? why do you come here?
P: because I've been feeling very strange for the past 2-3 weeks, I'm extremely tired.
D: ok.
P: and I can't sleep.
D: ok. there is… do you loss weight?
P: yes..
D: you lost… how much kilo you lost?
P: 4.
D: 4kg. you lost appetite too?
P: no.
D: about gastro, about your abdomen you have pain?
P: no.
D: no pain, no nausea?
P: no.
D: no constipation?
P: no.
D: no diarrhoea?
P: I have diarrhoea.
D: diarrhoea. and your stool is normal?
P: yes.
D: I'm going to check your vital sign
P: ok.
D: can you roll your sleeve for your blood pressure?
P: ok.
D: so you have one hundred over eighty millimetre of mercury, it's normal. your respiratory rate is 12 it's normal too, your pulse is 79 and your temperature is 37.1°, Celsius degrees so all is normal. I will check your blood level in lipid, your glycaemia and your cell in blood, so I need to have a blood sample for full blood count. and… it's important you, when you go to the laboratory to not eating before because there are fasting glycaemia and it's measure when on an empty stomach.
P: ok.
D: I miss anything?
P: well, in my symptoms I also noticed that sometimes my throat is swollen.
D: ok. so according to your blood sample, you have hypothyroidism.
P: ok.
D: so I prescribe Levothyrox, for one pill every day by the mouth.
P: ok.
D: and, do you have any question?
P: is it something that can be cured?
D: you need to take Levothyrox all the rest of your life, because the medication replace the thyroid that not make her jobs.
p:ok, ok and do I need to make changes in my lifestyle?
D: no… nothing change, you need to have a health lifestyle with nutrition but nothing particularly.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 89/
D: hello.
P: hello.
D: is it your first medical appointment with me?
P: yes.
D: so I will check your id information first. could you tell me your first name?
P: Jane.

D: could you tell me your last name?
P: Blacks.
D: could you tell me your age?
P: no!
D: could you tell me your date of birth?
P: yes I was born on the 23rd of December 1986.
D: yes, that's it! could you tell me the place where you were born?
P: Boston.
D: Boston so you're American.
P: yes I am.
D: and please tell me if you are married, single?
P: I'm married.
D: married, ok. then could you tell me if you are on a specific diet?
P: I watch my sugar consumption because I have type II diabetes.
D: ok. and could you tell me if, is there any disease that runs into, in your family?
P: well, my dad is dead.
D: yes.
P: he died when he was, he died from pulmonary embolism.
D: ok, do you have any informations more for your father? such as cancer or cardiovascular disease?
P: no.
D: and for your mother?
P: she complains of bowel problems all the time but I don't know more about that.
D: ok, that's fine. so what's brought you along today?
P: well, I've been really tired for some time and the second thing is that I've been losing weight.
D: ok. how is your appetite?
P: it's ok.
D: it's ok?
P: yes.
D: could you tell me if you have some pins and needle or something like that?
P: no.
D: have you noticed any swelling on your skin?
P: sometimes my throat is a bit swollen.
D: swelling. do you know if you have any allergies?
P: I don't have any allergies.
D: ok. what about your sleep? how is your sleep?
P: I have problem sleeping at the moment, yes.
D: and do you take any medication for that?
P: no.
D: have you noticed some fainted?
P: no.
D: not at all. and what about your, how is your gastrointestinal habit?
P: I have diarrhoea.
D: diarrhoea. nausea?
P: no.
D: no. have you noticed specific odour or colour in your stool?
P: it's diarrhoea so it's not really…
D: ok. have you noticed any pain on your belly?
P: no.
D: not at all?
P: no.
D: ok. so I will just check your vital signs first.
P: ok.
D: I will ask you to give me your wrist just to check your pulse please. I have noticed you have 79 beats per minute, so it's correct because the norm is between 18 and 50 so it's good. about your tension I can see your elbow, ok. you have one hundred over eighty, so it's correct, it's small tension but in the norm, I think it's correct. about your respiratory rate I noticed you are a 12, it's a little, it's not very important but I think it's correct also, particularly if you are seating

on your chair. and about your temperature 37.1 it's correct also, I think all is correct. I want you to pass, I don't remember the word, blood test. I think it would be good if you pass this test just after our consultation. and, do you have cholesterol?
P: no.
D: no. and could you tell me if you have family history about thyroid?
P: not that I know of.
D: no, ok. because I have you result of the complementary exam and I see you have a high level of TSH. TSH is a hormone delivered by the brain that goes to your thyroid here and that regulates the metabolism.
P: ok.
D: and, not high level! a low level because I think with all I know of your symptoms, that you could have hypothyroidism.
P: ok.
D: about the treatment, I think you will have Levothyrox, one, it's ab treatment that you will have to take every day by mouth during your meal for example and just one, one pills, one pill.
P: ok.
D: and I think that's it.
P: so, it's, I mean it's not curable then?
D: no.
P: and what, why do I take a treatment if it's not curable? what's the treatment?
D: because it's too regulated the functioning of your thyroid because if you don't have the thyroid you will have problems with your bones something like that because thyroid regulate the metabolism of bone and then you will have problems with your bones, you will fall every time.
P: ok, so this explain my symptoms?
D: a part, because you also have diabetes. the two disease, two both diseases have to be treat.
P: ok and so with the treatment everything's going to be ok?
D: yes if you take it every time, every day.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 90/
D: hello Mrs. Blacks
P: hello.
D: so, I want to know, when were you born?
P: on the 23rd of December 1986.
D: ok so how old are you?
P: 31.
D: ok so where were you born?
P: in Boston.
D: ok. so you are American?
P: yes.
D: and are you married?
P: yes.
D: so, tell me are you on a specific diet?
P: yes I watch my sugar consumption because I have diabetes.
D: ok, this is the only that…
P: yes.
D: so I think, is there any disease that run in your family?
P: no not really but my father died a few years, well many years ago.
D: ok and what was the cause of his death?
P: he had pulmonary embolism.
D: ok. so tell me, what's brought you along today?
P: well I've been really, really tired for some weeks.
D: ok.
P: and, well, and I have diarrhoea also.
D: diarrhoea. ok but you didn't, you haven't noticed any loss of feeling?
P: no.
D: ok. so, you have diarrhoea so did you lose weight?

P: yes.
D: ok, how many?
P: 4kg.
D: ok. and how is your appetite?
P: it's good.
D: good. so you tell me fatigue. and about your gastrointestinal system, do you have pain in your abdomen?
P: no.
D: ok, have you specific feeling of nausea?
P: no.
D: do you vomit?
P: no.
D: so your diarrhoea, your stools are black or they are normal?
P: normal I guess.
D: ok. and, you have any sense of ill feeling?
P: no I feel fine.
D: ok. so I will check your vital signs, so I finished so your temperature is 37.1°c, your blood, your heart pulse is 79, your respiratory rate is 20 beats per minute and your blood pressure is one hundred over eighty so your vital signs seems to be normal. so to be more precise about the diagnosis, I requested some complementary exam. I want a lipids counts, about LHL, HDL, triglyceride to have more information about your health about the cholesterol and the, to see if your diet is good or not. and also fasting glycaemia because you told me that you suffer from diabetes so we have to know if glycaemia is good. and I also prescribe TSH. so this exam permit to me, thanks to those exams, I can, yes thanks to this exam I can tell that you suffer from hypothyroidism. so the thyroidism is some gland, it's a gland in the neck that can be, that secretes some hormones and can have a lot of different effect. in your case, his activities is too less, so it cause those effects. so to cure this disease I prescribed Levothyrox, you will take one pills every day and by the mouth.
P: ok but… is it going to solve all my problems? this treatment?
D: we hope that it will reduce those bad effects of this disease but it's possible to be more serious a disease and we can, it's ok this, we can… we can treat hypothyroidism by the resection of this. but in some, in a lot of cases, this is enough to relieve the pain and the other bad effects.
P: ok, so, how long do in need to take the treatment? in how long is it going to be solved?
D: so we will start with a few months. for 5 months and then you will come back and I will estimate the evolution of this disease and take a new decision.
P: ok. and can you explain a bit more what this disease is exactly? what do I have this?
D: but this disease it can be caused by a lot of things: there is, there are genetics causes, it's possible that in your family you have more predisposition to this disease, there is also the exposition of the life of every day, we are exposed to a lot of things and there are also the diet can also cause that, it's why I also prescribe complementary exam to have more precision about that. yes it can cause by a lot of things.
P: ok, thank you.

CAS CLINIQUE 12 : KLAUS MAHR

CANDIDAT 28/
D: hello Mr. Mahr.
P: hello.
D: so, first of all we will check your identity before going further in the consultation. so what's your date of birth?
P: it's the 30th of December 1980.
D: 1980, ok. so your age please?
P: 35.
D: where are you born?
P: in Hamburg.

D: oh, so you're German. great country! are you married or single?
P: I'm single.
D: and can you give me your address, please?
P: I live in Hamburg.
D: oh so you did all the way here to go to hospital! so what brings you here?
P: I've been experiencing a horrible chest pain.
D: chest pain, ok. would you describe the pain as nagging, stabbing? how…?
P: it's stabbing kind of pain, yes.
D: stabbing, ok. when did the pain start?
P: well I was on the plane from Hamburg to Dijon, and it started during the flight, so about 3 hours ago.
D: 3 hours ago, ok. do you take any treatment for this, or do you have any history of respiratory problem?
P: just asthma, I have asthma.
D: asthma, just asthma, and do you take any treatments?
P: I have Ventolin, my inhaler.
D: ok. is there anything else? do you have any problem other your chest?
P: no.
D: ok, so what about your family? do you have any family history? I don't know… did your father have, had a cancer or a particular disease?
P: no, but my mother she died of pulmonary embolism.
D: ok, at what age?
P: 44.
D: oh, it's young. do you have any brothers or sisters?
P: I have a brother.
D: and how is he doing?
P: he's fine, just like me he has asthma.
D: asthma, ok. is he treated for this?
P: same as me.
D: ok, so. so you're here today because of your pain in your chest. do you know if there is a trigger? did something trigger the pain or…?
P: I don't think so. it was all so sudden.
D: sudden… ok. so you said it was 3 hours ago?
P: yes.
D: ok. and how bad does it hurt?
P: it's horrible.
D: ok, excru…
P: yes, excruciating.
D: excruciating. ok, so, sorry, do you know what time is it? I mean when…
P: it was 3 hours ago during my flight. 1.30.
D: 1.30, ok. and you said it was a stabbing pain? you agree?
P: yes.
D: ok. and do you know if there's anything that relieves or worses the symptom, no?
P: no, nothing.
D: no. I don't know, a particular position? or…?
P: in the plane it was difficult to try, but no…
D: ok. so, now I will have to examine, check your vital signs. so let me take your temperature. so your temperature is a little bit high, it's 38. let me take your pulse. it's a little high, it's, your pulse is 95. and let me check your respiratory rate. oh it's also high, too fast, it's 19 breath per minutes. and let me take your arm, I will have to check your blood pressure. it's 13/7…70…7 (thirteen over seven… seventy… seven). so, now, I will have to inspect you. let me check your respiration. I'm sorry to tell you this, but I… you… do you have any difficulty to breathe?
P: yes.
D: yes, I hear that. so now, let's go to the auscultation. you have some sounds, it's not, it's abnormal. can I palpate your …. can I palpate you?
P: yes.
D: ok, nothing abnormal. and can you…. is there any problem if I tap you?
P: no.

D: there is nothing abnormal too. so, regarding your symptoms, you will need to have FBC, an ECG and pulmonary CT scan.
P: what's an FBC?
D: FBC, you will have to… it's a blood Draw, a Draw blood, sorry, which will permit to know what the composition of your blood. I mean we need to know how many red blood cell you have and platelets and it's important for us. and do you know what an ECG or a CT scan…?
P: yes.
D: did I miss something?
P: I don't think so.
D: so I just received your tests, your results. so I'm sorry but you have pulmonary embolism. do you know what is it?
P: not really, but I know my mom died because of that.
D: I need you to stay calm, because it's … we detect it early so you don't need to worry, we can treat this. but it's pretty… it could have been more serious, but you made a good choice by coming here. in order to cure this, you will have to take heparin in iv, so you will have to stay in hospital for a few moments, for a few times. and for, in the future, you will have to wear compression stockings. it will prevent embolism to, yeah other embolism. sorry I forgot to explain you what pulmonary embolism is. it's when there is, sometimes there is blood clots in your blood vessels and sometimes it happens that these blood clots, when they are loose, they can reach other organs and sometimes it can obstruct the vessels and here in your case, the blood clot obstructed a vessel in your pulmonary circulation.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 29/
D: hello.
P: hello.
D: would you mind if I checked some detail first?
P: sure.
D: can you tell me your name please ?
P: it's Klaus Mahr.
D: ok, your date of birth?
P: it's the 30th of December 1980.
D: ok and how old are you ?
P: 35.
D: ok. are you married?
P: no I'm single.
D: ok. can I ask you home address please?
P: I live in Hamburg.
D: ok. do you have specific health problems?
P: just… I have asthma.
D: ok, for how long?
P: since the age of 7.
D: ok and are you on medication for that?
P: I have an inhaler, Ventolin.
D: ok. any other problem?
P: no.
D: ok. do you know if there are some health problem in your family?
P: I know that my mother died of a pulmonary embolism.
D: ok. anything else?
P: my brother he also has asthma.
D: ok. ok. so, what's brought you along today?
P: I've been feeling that horrible chest pain.
D: ok. when did you first notice this pain?
P: I was on the plane from Hamburg and it started during the flight about 3 hours ago.
D: ok, and from 0 to 10 how bad was it?
P: it's a 9, horrible pain.
D: it was the first time that you had this pain?

P: yes.
D: yes, ok. and what did you do when you had this pain?
P: well nothing I was on the plane I couldn't do anything.
D: there was any position or something?
P: no.
D: ok. ok. anything else? did I forget something?
P: no, I don't think so.
D: ok. so I'm' going to take your vital signs
P: ok.
D: so your temperature is 38 so it's ok, your pulse is 95 and our respiratory rate is 19 and your blood pressure is one thirty over seventy.
P: ok.
D: so it seems normal. so, I'm going to examinate you. I can notice that you seems short of breath, isn't it?
P: yes.
D: yes, ok. I would like to have a listen to your lung, is that ok?
P: yes.
D: ok so, I heard that there were the sounds were increased, ok. I'm going to palpate, is that ok?
P: ok.
D: so nothing remarkable. and can I … would you mind if I tap on your lung?
P: sure.
D: ok, so nothing abnormal. well, considering your symptoms and your physical exam, you will have to have an ECG and a pulmonary CT scan and also an FBC.
P: ok what's an FBC?
D: it's a fibroscopy, it's to check the inside of your lung.
P: ok.
D: ok. so, I just get the results and it reveals that you have pulmonary embolism, so.
P: ok.
D: it's a problem with your lung, in fact, there's … there is something that … there is no more blood that comes in your in a part of your lung so that is what causes you this symptoms and so I'm going to put you on medication, you will have to have heparin in iv and you will have also to wear compression stockings.
P: ok.
D: ok. and that's that's all.
P: are you going to save me or am I going to die?
D: if you take your treatment everything going to be ok, it's not… if you follow the treatment it's not a serious disease, many people can cope with it, you know.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 60/
D: hello.
P: hello.
D: could you state me your name and your birth date, please?
P: so I'm Klaus Mahr and my date of birth is the 30th of December 1980.
D: the first?
P: 30th.
D: ok. you are a woman?
P: I'm a man!
D: where were you born?
P: in Hamburg, Hamburg.
D: so what is your nationality?
P: I'm German.
D: German. did you get married?
P: no, I'm single.
D: ok. do you live in Hamburg?
P: yes.
D: ok. what's bring along you today?

P: I have this horrible chest pain.
D: ok. have you ever been hospitalized?
P: no.
D: no. have you had any problem about cardiovascular system?
P: no.
D: you don't have any pain about heart?
P: no.
D: no, ok. do you… have you ever had problem about respiratory system?
P: I have asthma.
D: asthma, ok. since when?
P: since the age of 7.
D: ok. do you take any treatment for asthma?
P: I take Ventolin, I use my inhaler.
D: ok. and Ventolin is a good treatment for asthma. I will talk about your family member and family history… medical history.
P: ok.
D: your family… did your family have any cancers?
P: no.
D: no. any cardiovascular disease?
P: no.
D: any pulmonary disease?
P: my mom she died of pulmonary embolism.
D: ok. and your father is…
P: he's fine.
D: he's fine. so there are not… they didn't have other disease?
P: no.
D: ok, well. I'm going to talk with you about your pain. you said me that you have chest pain. can you describe the pain?
P: well it's in my chest and it's well… it's there all the time.
D: all the time… do you know the cause of this pain?
P: no idea.
D: it's a constrictive pain?
P: it's more a stabbing kind of pain, stabbing.
D: you have the pain all the day?
P: yes.
D: what you… what do you mean by stabbing pain?
P: it feels like someone is stabbing me.
D: ok. do you take any treatment to treat?
P: no, I came here.
D: there is any position to help the pain?
P: no.
D: since when do you have this pain?
P: it started about 3 hours ago, I was in a plane, I was flying from Hamburg and it started in the plane.
D: ok. and the pain begins just when you were on the plane?
P: yes.
D: ok. I'm going to look at your vital signs. I'm going to take your temperature. you have a high temperature. you have 38. I think probably you have a problem. after I'm going to take your blood pressure. you have 130/70 (one hundred and thirty over seventy), it's correct. I'm going to take your pulse, you have 95 beats per minute, it's normal. and I'm going to take your respiratory rate, you have 19, it's a bit high. let's continue with the clinical exam. I'm going to look at you. I notice, we can see a dyspnoea. I'm going to listen your lungs. I can hear increased sounds, so probably there is a problem I think? about palpation your nodes are not swollen at your neck. and about percussion, I'm going to tap, there is nothing, I hear nothing. so, I will prescribe you complementary exam to check your chest pain and diagnose your disease. you will have… need have… need to have some investigation. a full blood count, an ECG and a pulmonary CT scan to know the, to know why you have this pain. so, I think you have pulmonary

embolism thank to the CT scan and the other complementary exam. so it's very, it's big emergency. you must to have heparin in IV. do you know what is it?
P: no.
D: it's an anticoagulant therapy. and you will need to wear comprehension stocking.
P: but will I survive?
D: yes, probably, yes. you will need to be operated and go to the emergency room because it's very severe and you can die if you will not be operated.
P: ok.

CANDIDAT 61/
D: so, hello Mrs. Mahr, isn't it?
P: it's Mr.
D: sorry! first when were you born?
P: on the 30th of December 1980.
D: ok. and where were you born?
P: in Hamburg in Germany.
D: ok. what about you, are you married?
P: I'm single.
D: ok, fine. where do you live? can I have your address?
P: I live in Hamburg
D: and what's your address?
P: just Hamburg.
D: tell me about you, did you have any specific health problems?
P: I have asthma.
D: asthma, ok. did you take something for this?
P: I use Ventolin.
D: ok. is there anything that you want to tell me about your asthma?
P: not really, no.
D: not really, ok. then, about your family, is there any disease that runs in your family?
P: well my brother has asthma as well, so I guess that's one.
D: ok, fine. well, so, let me ask do you have… well, sorry, is there any… do you have pain in..?
P: yes I have chest pain.
D: chest pain, ok. and when did it start?
P: about 3 hours ago.
D: how did it happen?
P: so I was flying from Germany to France and it started just after the flight.
D: ok and the pain is worse when you do something? when you…
P: no.
D: ok. is it gradually increasing?
P: no it remains the same.
D: the same, ok. and tell me about your pain, what type of pain is it?
P: it's very acute and it's as if someone was stabbing me.
D: ok. is there any exacerbating factors?
P: no.
D: no, ok. and from 0 to 10, you think how bad is it?
P: it's a 9, it's unbearable.
D: ok. well, so now, let me check your vital signs. could you please lie down on the couch?
P: sure.
D: I'm going to take your temperature, so it's 38. your pulse is at 95 beats per minute so it's quite fast, I think. your respiratory rate is at 19 and your blood pressure is at one thirty over seventy.
P: ok.
D: so it's normal. so now, I'm going to examine you. first on inspection, I see any shortness of breath
P: ok.
D: on auscultation, of your heart, yes of your heart, I heard increased sounds and on palpation and percussion were unremarkable.

P: ok.
D: so, with all of that, I think you will have FBC, do you know what it is?
P: no.
D: this is full blood count, this is a blood sample, ECG and pulmonary CT scan.
P: al that?
D: don't worry this is simple exam that you will have in the hospital. I have your results, you have pulmonary embolism, do you know?
P: no.
D: no you don't, no ideas. to be simple and clear, you have some… your blood flow… your blood has difficulty to go through your pulmonary artery you see?
P: ok, why?
D: maybe there clot in your blood or… I don't the pulmonary CT scan so this is my fault sorry.
P: ok.
D: so.
P: is it treatable?
D: yes, yes. I'm going to tell you what to take for that. you have anticoagulant therapy, heparin which will be through your veins.
P: ok.
D: and for every day and almost for the flight, your future flight, you have to wear compression stockings
P: ok.
D: ok, it's good for you?
P: yes, so I'm not going to die or anything?
D: I don't think.

CANDIDAT 62/
D: hello.
P: hello.
D: what's your name?
P: it's Klaus Mahr.
D: ok, I would need to know when were you born please?
P: on the 30th of December 1980.
D: can you please repeat the date?
P: 30th.
D: ok, so your age please?
P: 35.
D: thank you. where were you born?
P: in Hamburg in Germany.
D: ok, and what's your marital status please?
P: I'm single.
D: ok. and I need to know where do you live?
P: in Hamburg.
D: ok, and your address specifically?
P: Hamburg.
D: ok, so I need to know if you've got specifical problems in the past?
P: well I have asthma.
D: asthma, ok, and since when do you have asthma?
P: since the age of 7.
D: 7, ok. and what type of treatment do you take?
P: I use Ventolin.
D: ok. anything else about your asthma?
P: no.
D: ok. about your cardiovascular system, is there any problem that you have?
P: no.
D: ok. so now about your family history, I need to know if your parents, your siblings have specifical problems? did they have a disease?
P: my brother has asthma as well.

D: ok, so it didn't have anything else like cancer?
P: no.
D: just asthma?
P: yes.
D: and in your parents?
P: my father is dead.
D: sorry.
P: he had pulmonary embolism.
D: ok. and I need to know at what age did he die?
P: 44.
D: 44, ok. and your mother?
P: she's fine.
D: ok. so what brings you here? what are your symptoms?
P: well, I have that chest pain, that is very acute.
D: ok. and when did this pain start?
P: I flew from Hamburg this morning and it started just after the flight.
D: so this morning?
P: yes.
D: ok, so we don't know if the cause if the flight, but…ok.
P: no.
D: but this pain, is it… how to say… do you always…is the pain always here?
P: yes, it's constant.
D: constant pain, ok. so you told me it's constant, about the graduation of the pain, how it is?
P: I'm not sure I understand.
D: the graduation… how do you… how is the pain in your chest?
P: it's very acute.
D: acute, ok. so about the character, is it a throbbing pain? stabbing pain?
P: it's like someone is stabbing me.
D: ok, stabbing pain. is there any exacerbating or relieving factors for this pain?
P: no, nothing.
D: did you take a treatment since this morning?
P: no I couldn't I came to the hospital immediately.
D: so no painkiller?
P: no.
D: right, and from 0 to 10 how bad the pain is?
P: it's a 9, it's very, very acute.
D: ok, is there any other symptoms?
P: no.
D: ok, just the chest pain ok. so could please slip off your clothes and lie on the couch I'm going to examine you.
P: sure.
D: I'm going to take your vital signs.
P: ok.
D: about your temperature, you have, you are a little feverish, you are feverish, you've got 38°c of temperature. about your pulse, you've got 95 pulse per minute, it's a little hug. your respiratory rate is at 19 breath per minute and your blood pressure I see is at one thirty over seventy, your blood pressure is fine. about the clinical exam, so, I'm going to examine you. on inspection, I noticed a shortness of breath and on auscultation, the auscultation and palpation and on percussion this unremarkable. about the cardiovascular system, on auscultation I noticed, I heard increased sounds.
P: ok.
D: and on palpation and on percussion nothing wrong. on inspection I have nothing on my case, so ok. so, I'm going to prescribe you some complementary exams, so you going to undergo a blood exam.
P: ok.
D: an ECG too, do you know what is an ECG?
P: I'm not sure.

D: it's an exam in which a machine is going to check if all your cardiovascular system is fine or not.
P: ok.
D: and you're going to undergo pulmonary CT scan too, do you know what is it? or I have to explain?
P: CT scan if fine.
D: so I received your complementary exams, I've got the results, so you've got pulmonary embolism, I'm' sorry it's pretty…
P: like my dad?
D: yes, like your father but don't worry we're going to treat you. I prescribe you a treatment, you're going to have Heparin.
P: ok.
D: in intravenous, so you know it's in the venous, it's an anticoagulant therapy, because the disease affect your cardiovascular system, if there is a risk that a clot, the clot persist in your pulmonary system and in your lungs sorry. and you're going to wear compression stockings.
P: like all the time?
D: yes, it's better, it's a prevention so it's better that you wear it all the time, but not when you're sleeping.
P: ok and I'm going to be fine? I'm not dying?
D: you went to the hospital at time, so for me it's going to be fine, you are going to have your treatment, you will have to don't go to work for many days, sleep at home and I think everything is gonna be fine. and, I'd like you to see me again in a few weeks to check.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 91/
P: hello.
D: hello can you tell me your name please?
P: yes it's Klaus Mahr.
D: when were you born please?
P: on the 30th of December 1980.
D: can you repeat the date please?
P: 30th.
D: thank you, so your age is?
P: 36.
D: thank you. and where were you born please?
P: in Hamburg.
D: so you're?
P: German.
D: are you married?
P: no I'm single.
D: ok and can you tell me your address please?
P: I live in Hamburg. my full address?
D: yes.
P: I live in Hamburg.
D: ok. so before the exam I would like to ask some information. so have you got some specific health problem for example…?
P: I have asthma.
D: yes and do you take any treatment for that?
P: I take Ventolin.
D: ok and since when?
P: since I was 7.
D: ok and concerning the heart for example? have you some problems?
P: no.
D: so no treatments or?
P: no.
D: concerning your family, are your both parents alive?
P: no, my mom is dead.

D: at which… how old was she when she died?
P: she was 44.
D: and what causes her death?
P: she had pulmonary embolism.
D: ok. and your father has some disease?
P: no he's fine.
D: and have you got some siblings? are they fine?
P: just my brother, he has asthma as well.
D: ok. so why are you here?
P: so I got this horrible chest pain.
D: ok. and when did it start?
P: so it started just after the flight I took to come to… here.
D: and it was… when did you flew?
P: I landed 3 hours ago.
D: ok. and from 0 to 10 how bad is it?
P: it's a 9.
D: so it's very hard?
P: yes.
D: so you told me it started approximately 3 hours ago?
P: yes.
D: and you don't have any symptoms before?
P: no.
D: ok. so concerning this pain have you noticed a position that can relieve the pain?
P: no there's nothing I can do.
D: no treatment, nothing?
P: no.
D: ok. so you told me it's a pain, a very hard pain… ok. I'm going to start the examination
P: ok.
D: so concerning your vital signs, your temperature is 38 which is a little bit high but it's good, your pulse is 95 beats per minute, it's also a little bit fast but it may be the anxiety, your respiratory rate is 19 which seems high also, and your blood pressure is one hundred and thirty over seventy, it's good. concerning your clinical exam, so in the, concerning the your respiration I found a dyspnoea which is shortness of breath.
P: ok.
D: and then on auscultation, palpation and percussion everything was normal. and concerning your hearty on auscultation I heard some increasing sound.
P: ok.
D: so I would like you to run some tests for that. so I think you have to do an electrocardiogram which is a an exam that… that study the, your pulsation for the heart.
P: ok.
D: and also a pulmonary CT scan which is an image of your lungs, an FBC. so, I receive your results, and I think that you have pulmonary embolism, like your mom.
P: what's that? because I was young I don't understand.
D: yes it can be hereditate from your mom. so we will, we are going to start the treatment from now in order to avoid bad results, bad issue.
P: ok.
D: so I would like you to receive heparin in, it's an intravenal, so it allows to unclog the, not really unclog but, in order not the blood to create other clot.
P: ok.
D: and not stop the circulation on your lungs. and you are going to wear some compressing stocking on the same idea.
P: ok.
D: is it good for you?
P: ok but can I leave the hospital?
D: sorry?
P: can I leave the hospital?
D: no because your treatment is in intravenal.
P: oh yes.

D: so you have to stay here for a few time.
P: ok and… what's the… what's going to happen to me after? in the future? is it going to be like a treatment for me or?
D: we will do some regular check to see if your blood is not too thick in order to avoid other clogs in your lungs and also maybe limit flights because it seems to be the main cause of your emboly.
P: ok. thank you.

CANDIDAT 92/
D: hello Madam I'm your doctor..
P: hello.
D: first of all I will begin by fill out some form so I will ask you some questions.
P: ok.
D: you're Madam Klaus.
P: yes.
D: can you spell it please?
P: K-L-A-U-S.
D: where were you born?
P: in Germany.
D: and when were you born?
P: on the 30th of December 1980.
D: so you're German.
P: yes.
D: how old are you?
P: I'm 36.
D: ok. are you married?
P: no I'm single.
D: and where do you live?
P: in Hamburg.
D: so tell me what brought you here?
P: I'm here because … so I just landed from Hamburg by plane and I've had this horrible chest pain that started just after the flight.
D: ok, and do you landed Hamburg yesterday?
P: 3 hours ago.
D: ok. do you take any treatment for some chest pain?
P: no.
D: no. ok. do you know what can trigger this chest pain?
P: no idea.
D: no. ok. ok. do you… do you usually have some heart problems?
P: no.
D: and some respiratory problems?
P: I have asthma.
D: since when have you had asthma?
P: it started when I was 7.
D: 7 years old ok and do you take any treatment?
P: I have an inhaler, Ventolin.
D: ok. is there any disease that runs in your family?
P: well asthma, my brother has it as well.
D: ok.
P: and my mom died of pulmonary embolism.
D: ok. at the age of?
P: 44.
D: ok. how is this pain?
P: it's very very acute.
D: ok. from 0 to 10 how bad is it?
P: it's a 9.
D: 9, ok. is it… anything that make it worse or better?

P: no.
D: when you're lying?
P: no.
D: ok. did it begin suddenly?
P: yes very suddenly.
D: and is it constant pain or a cyclic pain?
P: it's constant.
D: constant pain. is there something associating with this pain?
P: no.
D: fever? nausea?
P: no.
D: ok. and you, sorry I don't remember, how was this pain?
P: it's very acute.
D: very acute, right. ok. so, after your physical exam, I checked your vital signs and there are nothing to worry about, you have a temperature at 38° which is a little high but nothing to worry about, heart rate at 95 beats per minute, respiratory rate, sorry, at 19 breath per minute and a blood pressure at one thirty over seventy. so everything is alright.
P: ok.
D: on your clinical exam so I noticed on inspection dyspnoea which means shortness of breath.
P: ok.
D: on auscultation I heard increased sounds on your heart, for your heart. nothing for your respiratory system. on palpation and on percussion nothing to notice.
P: ok.
D: so, I will send you for some complementary exam: FBC which means, we're going to do a little blood Draw, it's to see if you have enough red blood cells in your blood, I will also send you for an ECG and a pulmonary CT scan to confirm or rule out my diagnosis. for the moment what you have, I think what you have is a pulmonary embolism.
P: ok.
D: based on what you've told me, concerning your mother I think that's it. we will treat it with heparin which is an anticoagulant and I will give you a prescription for compression stocking to wear.
P: ok.
D: have you some questions?
P: just with the treatment it's going to get better?
D: yes, I think it's going to get better. I will see you in; I will see you soon to see if it get better
P: and so I'm not going to die like my mom.
D: no, I don't think.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 93/
D: so hello.
P: hello.
D: what's your name please?
P: it's Klaus Mahr.
D: ok nice to meet you, I'm Dr X. can you tell me your date of birth please?
P: yes it's the 30th of December 1980.
D: ok so you are?
P: 36.
D: thank you. and where were you born?
P: in Hamburg, in Germany.
D: ok thank you. so you're German?
P: yes.
D: are you married? single?
P: no I'm single.
D: ok can you tell me your address please?
P: I live in Hamburg.

D: ok, I'm going to need some specific information about your family history so is there any disease that runs in your family?
P: well my and I we have asthma.
D: ok, are you treated for that?
P: yes I use an inhaler, Ventolin.
D: ok. so your brother asthma, any other?
P: and my mom died of a pulmonary embolism.
D: can I ask you the age?
P: she was 44.
D: alright. have you any specific health problem like respiratory? so you have asthma.
P: just the asthma.
D: just asthma, no cardiac problems or anything else?
P: no.
D: alright. how long have you had asthma for?
P: well it started when I was 7 so 29 years.
D: ok. so you were 7 alright, so you're treated by Ventolin, your brother too. so, how can I help you today?
P: so I'm' here because I have that horrible chest pain.
D: alright.
P: that started right after I landed from my plane.
D: ok. from where were you coming?
P: from Germany.
D: Germany sorry. when have you arrived here?
P: 3 hours ago.
D: so it's really recent, ok. can you tell me more about this pain, so it's chest pain, is it radiating or something?
P: no.
D: no radiation alright. is it worse when you doing something?
P: no it's horrible all the time.
D: all the time ok. form a scale from 1 to 10, it's not really bad, 10 is really really bad, how can you rate that pain?
P: a 9.
D: a 9 alright. so it's always, you're always on, ok. so your chest pain is like, circonscrive or it's really the chest?
P: oh yes it's here.
D: ok, so tell me it's always, there's no position that can relieve or anything.
P: no.
D: and you have, sorry did you take anything to treat?
P: no.
D: ok. alright, I'm going to examine you.
P: ok.
D: so I do the examination. so I'm going to tell you your vital signs. your temperature is 38 so it's a little high but it's still normal, your pulse is 95 so it's a little high but not that much the normal is 70 to 80 beats per minute of course, your respiratory rate is 19 so it's a little high, the normal is 12 to 16 so that's a little high so I going to do something. and your blood pressure is one hundred thirty over seventy so it's in the norm I would say. do you know your habitual blood pressure or no?
P: no idea.
D: ok. I'm now going to do the clinical exam, so I'm going to auscult, do an auscultation, inspection, percussion. on inspection I can hear you have shortness of breath what we call dyspnoea, so you're breathlessness.
P: ok.
D: on auscultation I didn't hear anything no crackles or anything so it's quite a good news. on palpation and percussion there is nothing to say. but on auscultation of your heart I heard increased sounds so we are going to do some, to run some other exams to see what it can be.
P: ok .

D: on palpation or percussion nothing abnormal detected so it's quite good. I will need complementary exams so I will prescribe you an ECG and pulmonary CT scan alright? so you told me that your mother died of pulmonary embolism when she was 44.
P: yes.
D: I have to say that you have pulmonary embolism.
P: oh.
D: but you don't have to worry we can treat that because you came here early so we can treat that. we're going to give you heparin which is an anticoagulant so your blood will coagulate normally, and be fluid. so the clot will eventually disappear.
P: ok.
D: if that doesn't work we are going to do a surgery but you don't have to worry we're going to give you heparin first and in most of the cases it's ok with that. and on top of that you're going to need to wear compression stockings to, how can I tell you that, so that the blood can circulate normally in your body and you don't have to come here again for the same thing. but it will be ok but if you have any problem you can come here or even go to the ER of really it's necessary.
P: ok. and can I leave the hospital now?
D: no not now we are going to give you Heparin in IV so it will be, it will be faster for the clot to disappear and we are going to check your vital signs and follow up.
P: ok, thank you.
D: thank you.

CAS CLINIQUE 13 : CARLOS MANSION

CANDIDAT 30/
D: hello, good morning.
P: hello.
D: just sit down here. first I would just you your name to be sure you're the right patient.
P: I'm Carlos Mansion.
D: ok Carlos, so if that's ok with you I'm just going to ask you some questions about you and your medical history just to fill in the chart and then we will deal with your present problem. ok?
P: ok.
D: can I ask you your date of birth please?
P: it's the 37th of February 1950.
D: 1950 ok, thank you. so where were you born?
P: in Madrid in Spain.
D: so you're Spanish?
P: yes.
D: can I ask you marital status?
P: I'm married.
D: you're married and what about your job?
P: I'm retired.
D: ok, so if that's ok with you, I'm going to ask you some things about your family history.
P: ok.
D: does anyone in your family ever had anything special about health?
P: my father he died of a stroke.
D: a stroke. oh I'm sorry.
P: it's ok.
D: can I ask you what age he was?
P: 61.
D: 61, ok. anything else about your family history?
P: no.
D: no, ok, so. can I ask you if you're smoker?
P: I am.
D: you're a smoker since when?
P: 50 years.

D: 50 years ok. and how many cigarettes did you smoke per day?
P: 5.
D: about 5 ok. and what about alcohol? did you drink sometimes?
P: oh yes I enjoy a glass of whisky every day.
D: every day whisky?
P: yes.
D: ok. and what about drugs? do you do drugs?
P: no.
D: no, never?
P: no.
D: so I think we can start about your present problem. what brought you along here today?
P: well this morning I was having breakfast with my wife and suddenly I felt very strange, my right arm it was like it was dead.
D: ok.
P: and apparently she said that I couldn't speak right.
D: right, right arm? your arm?
P: yes.
D: ok. ok. and did you feel weak or…?
P: my arm it felt very weak bit otherwise no I was ok.
D: nothing else special about your feeling at this moment specifically?
P: maybe my head was spinning.
D: you had the headache?
P: no headache but it was like I was dizzy.
D: you had vertigo?
P: yes.
D: ok. ok. no numbness or tingling your arm?
P: in my arm, in my right arm yes.
D: ok numbness.
P: yes.
D: ok. any chills or sweat?
P: no.
D: ok. did you had difficulty to swallow?
P: no.
D: just speaking? difficulty speaking?
P: yes.
D: ok so if that's ok with you I'm gonna take your vital signs?
P: ok.
D: ok? so I'm' going to take your temperature, it seems ok you don't have a temperature. I'm going to take your pulse now, so your pulse is ok too. everything normal. and your respiratory rate too. I'm going to take your blood pressure if that's ok with you?
P: sure.
D: ok. so you have a blood pressure which is a bit high you know like one hundred fifty over eighty so it's a bit high.
P: ok.
D: so you tell me you had some difficulty this morning about your arm and things like that so I'm going to check your nerves by doing cranial nerve exam if that's ok with you?
P: ok.
D: ok. so did you notice any change in your sense of smell at all?
P: no.
D: nothing about your sensitivity? so I'm just going to ask you to do some things for me, it's just to check if everything is normal, ok?
P: ok.
D: so first can you just raise your eyebrows? perfect. and close your eyes as tight as you can? perfect. ok so I'm going to ask you again something about your muscles of your head, so can you puff out your cheeks please? ok. can you bare your teeth? and stick out your tongue? ok. and can you shrug your shoulder please? ok. so, I'm going to check your gait, ok? so I'm' going to ask you to walk a bit just to see how you do with walking and about your lower limbs.
P: ok.

D: so first I'm going to ask you to do some things about your feet. so can you put your heel to toe?
P: ok.
D: so now can you stand up and I'm going to ask you to walk through the room, ok?
P: ok.
D: so can you walk on your tiptoe?
P: yes.
D: and on your heel please? ok. so I'm going to ask you to stand up and just put your feet together and your arms behind your sides and when I ask you to close your eyes you're going to stay stand up and don't move. ok?
P: ok.
D: can you close your eyes?
P: yes.
D: everything is ok?
P: everything is fine
D: no vertigo?
P: no.
D: now I'm going to ask you to move your arms like you are swinging, swinging your arms, can you do this?
P: yes.
D: so that's all very good. the test… so, according to test that I have just done I think that you need to do a complementary exam juts to be sure that my diagnosis is what it is. so you're going to do a scanner ok?
P: ok.
D: a scan of your carotid artery.
P: where is this one?
D: it's in your heart. just because this morning you told me that you had things in your arms and it just makes me think that it was maybe transient ischemic attack, you know?
P: what's that?
D: so it's when your heat doesn't have any blood flow flowing into your heart, so I'm just going to check that by the scan ok?
P: ok.
D: so you have done the scan. so I've got the result of the scan you have done just this morning and it turns out that you do have a transient ischemic attack like I told you this morning. so is that ok? are you scared about it?
P: is it something that I'm going to die of?
D: no. really not, we are going to give you some treatment for you to keep going with this disease without you dying ok?
P: ok.
D: so, you will have to take a treatment just to prevent it from happening again and you will have to take some blood thinners ok?
P: ok.
D: I will prescribe you this and then I will ask you to go see someone which help you with your lifestyle like smoking and drinking, because you know with what happened today you should change your habits
P: so I have to stop smoking and drinking?
D: it would be better that you stop yes.
P: oh, why?
D: because that's like a risk factor for what you had this morning so if you keep doing that it could may worse for what you had today.
P: ok.
D: is that ok with you?
P: yes, ok.
D: ok perfect, do you have any question about?
P: no.
D: do you think I forgot anything?
P: no.
D: ok thank you.

CANDIDAT 31/

D: hello.
P: hello.
D: how are you today?
P: I'm ok.
D: can you… can you remind your name please?
P: it's Carlos Mansion.
D: I need to ask some questions about your identity. when and where were you born?
P: I was born on the 27th of February 1950 in Madrid.
D: yes. and how old are you?
P: I'm 67.
D: yes, and what's your nationality?
P: I'm Spanish.
D: yes, and what's your marital status?
P: I'm married.
D: yes. do you have a job?
P: I'm retired.
D: yes. about your family, in your family has anyone in your family have ever had cancer?
P: no.
D: cardiovascular disease?
P: no.
D: mental illness?
P: no.
D: and other?
P: well, my father he died of a stroke.
D: yes. about you, do you smoke?
P: yes.
D: yes. how often did you?
P: every day.
D: how many cigarettes per days?
P: 5.
D: 5. yes. and do you drink?
P: yes.
D: yes. how often did you?
P: every day, I drink whisky, a glass of whisky.
D: how many glasses?
P: 2 .
D: 2 per day?
P: yes.
D: yes. and do you use drugs?
P: no.
D: no. ok. what brought you today?
P: so, this morning I was having breakfast with my wife and all of a sudden I felt strange, my arm, the right one, it was like it was dead.
D: yes.
P: and… my wife said that I couldn't… I wasn't speaking correctly, so I'm scared.
D: have you other symptoms?
P: right now, no I'm fine now.
D: I'm fine?
P: yes..
D: have you a headache?
P: no.
D: fatigue?
P: no.
D: no. yes. now I'm going to take your vital sign. I will take your temperature. it's ok, you've temperature at … is at 37.2, it's ok. now I will take your pulse, it's ok, now I will take your respiratory rate, it's ok and to finish I will take your blood pressure, your blood pressure is higher than normal.

P: ok.
D: I'm, now I'm come to do an examination for your cranial nerve. cranial nerves is… are the nerves that supply your face and your neck.
P: ok.
D: would that be ok?
P: sure.
D: have you noticed any change in your sense of smell?
P: no.
D: no. now, I would like to assess your muscle around your face
P: ok.
D: can you clench your jaw for me please? yes. it's ok, now I would like to assess some movement and facial expression. is that ok?
P: ok.
D: can you start by raising your eyebrows please? it's ok, good. now, can you… if you could just close your eyes as tight as you can, please? ok. now, can you… you can cheek, puff out your cheeks please? it's ok. and bare your tooth. it's ok, great fantastic. now I'm just going to assess your power on your shoulders. can you start by raising your eyebrows… your shoulders please? yes, ok. now, I would like to assess your tongue, if you could open your mouth for me and stick out your tongue please. t's ok. yes. now I'm … I would like to assess your lower limbs. would that be ok?
P: yes.
D: if you could just roll your trousers please and I would like to assess your gait.
P: ok.
D: if you could walk, please
P: sure.
D: and turn around. now walk, if you walk on your tiptoes. now on your heels. it's good. now I would like to assess your power on your upper limbs. can you please, don't let me push them down.
P: ok.
D: and to finish, if you could straight and close your eyes, please. I would like to assess your stability.
P: ok.
D: it's good. you will have an… left carotid artery scan… a scan it is a procedure that used x-ray in order to create an image of a part of the inside of the body.
P: ok.
D: for you, it's carotid artery, it's an artery of heart. it's ok?
P: ok.
D: today I have your result. you have a ..; you had a transient ischemic attack. it's not a stroke, but it's a beginning on a stroke.
P: ok.
D: it's not… it's dangerous… if you reproduce… so you will take a treatment to coagulation of your blood. you will take anticoagulant therapy and you will change your lifestyle. I don't… take aspirin for example… for not have coagulation on your blood.
P: ok.
D: are you another questions?
P: no, thank you.

CANDIDAT 63/
D: hello.
P: hello.
D: so, let's begin with some information about you, so Carlos Mansion, so you're a man?
P: yes.
D: how old are you?
P: I'm 68.
D: 68. 68. so, when were you born?
P: on the 27th of February 1950.
D: 19?

P: 50.
D: 50. ok, and where?
P: in Madrid in Spain.
D: Madrid. ok, so you're Spanish?
P: yes.
D: are you married?
P: yes .
D: yes, ok. do you work?
P: no I'm retired.
D: ok. so about your family history, is there any disease that runs in your family?
P: my father had a stroke.
D: ok father, ok, stroke. your mother?
P: no she's dead but she never got sick.
D: ok, what the cause of the death?
P: she was old, she was 90.
D: ok, 90 ok. and about your brother and sister?
P: they're fine.
D: ok, nothing. so do you smoke?
P: yes.
D: yes, how many?
P: 5 a day.
D: ok. 5 per day. what type?
P: cigarettes.
D: cigarettes ok. and since when?
P: I've been a smoker for 50 years.
D: 50 years ok. do you drink alcohol?
P: yes.
D: ok how many drinks a week?
P: I drink 2 glasses of whisky everyday.
D: ok. whisky. and since when?
P: don't know really.
D: ok. do you do drugs?
P: no.
D: no, ok. so, what brings you here today?
P: so this morning when I was having breakfast with my wife, all of a sudden I felt dizzy, weak and she said that when I spoke it didn't make any sense.
D: ok. ok. did you faint recently?
P: no.
D: no. so you said you're weak. do you have difficulty eating?
P: no.
D: no, do you have any problem with your bowels habit?
P: no.
D: no. ok. did you have fever?
P: no.
D: you feel ill?
P: no.
D: ok. no chills?
P: no.
D: ok, do you have problem with your sleeping?
P: no.
D: nothing. ok, do you have headaches?
P: no.
D: no pain?
P: no.
D: ok. did you noticed any tremors?
P: no.
D: no, seizure?
P: no.

D: ok. did you, did you feel numbness or tingling?
P: no.
D: nothing. ok, ok. do you feel drowsy?
P: no.
D: no trauma?
P: no.
D: or incoordination?
P: yes, well this morning.
D: ok. did you, does it happen recently?
P: what?
D: did it… did it ever happen? in the past?
P: no, never.
D: ok. ok. so I will take your vital signs
P: ok.
D: so your temperature is 37.2, your pulse is 80 beats per minute, your respiratory rate is 15 breaths per minute and your blood pressure is one fifty over eighty. we'll do an examination of your cranial nerve. so do you, do you noticed any change in your sense of smell?
P: no.
D: so follow my finger with your eyes, ok. please can you bare your teeth? ok. raise your eyebrows, ok. can you puff out your cheeks? nice. can you stick out your tongue please? ok. so, I would like you to shrug and don't let me put your shoulder down. ok. I would like you to watch you walk. so can you walk unaided?
P: yes.
D: please walk on your tiptoes. on your heels. ok. and now heel to toe, ok. so your arms are swinging well. and please put your legs together and let your arms by your side and close your eyes as well, I will be here to catch you if you're feeling unsteady. ok. so, to be sure of my diagnosis, I would like to command an exam which is a left carotid artery scan. so, this scan shows that you suffer from a transient ischemic attack.
P: what is that?
D: it's one of your artery which caused to your brain is block… instantly so your brain doesn't have enough oxygen so it makes you difficulty speaking for example. so for your treatment, I need you to take, to have an anticoagulant therapy to make your blood more fluid and you have to change your lifestyle because the… the clot in your arteries is a consequence of your eating for example, or you're not doing enough exercise so you have to change that in order not to, to have another TIA.
P: ok.
D: and that's all.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 64/
D: hello.
P: hello.
D: your name is Carlos Mansion?
P: yes.
D: ok. when were you born?
P: on the 27th of February 1950.
D: ok and so how old are you?
P: 67.
D: ok perfect. where did you born?
P: in Madrid in Spain.
D: ok. are you married Carlos?
P: yes.
D: and are you working?
P: no, I'm retired.
D: ok. I'm gonna ask you some questions about your family history.
P: ok.
D: is there any disease that run in your family?

P: no, not really.
D: not really or?
P: there's no particular disease.
D: ok, so now I'm' gonna ask you some question about your social history. are exposed to tobacco?
P: well yes I'm a smoker.
D: ok you're a smoker, since when did you smoke?
P: I've been a smoker for 50 years.
D: 50 years, ok. and how many do you smoke?
P: just 5.
D: 5 cigarette or pack?
P: no cigarette.
D: ok. are you exposed to alcohol?
P: yes I enjoy my whisky every day.
D: every day, ok. and are you a drug user?
P: no.
D: just a question about alcohol, you drink… have you drink and drive?
P: no.
D: no?
P: no.
D: ok and not a drug user. so Carlos what brings you here?
P: well it happened this morning, I was having breakfast with my wife and all of a sudden I had, I felt weak, my arm, my right arm felt weak and apparently I had, I couldn't talk.
D: ok, yes. did you have any history of head trauma or?
P: no.
D: episodes like that? seizures?
P: no that's the first time something like that have happened.
D: so you told me you're eating with your wife, so no loss of appetite?
P: no.
D: ok, good. did you feel nauseous?
P: no.
D: did you vomit?
P: no.
D: ok. so had you time to eat or not?
P: I was eating.
D: you was eating, ok. did you have fever?
P: no.
D: ok. ok. did you had tremors or numbness?
P: well my right arm, it was… yes I got that impression that it was dead.
D: ok. and you cannot moving your arm?
P: no.
D: ok. ok. I'm going to check your vital sign to start the consultation.
P: ok.
D: so first your temperature, your temperature is 37.2, your pulse is 80 beats per minute, your respiratory rate is 15 breath per minute and your blood pressure is one fifty over eighty. let's continue, I'm gonna just look about your cranial nerves, see if everything is alright. so, I have something here and I want you to tell me what's the odour of this thing for you.
P: chocolate.
D: ok, perfect. now, can you follow my pen without moving your head please? ok, perfect. ok so three little things: can you move your eyebrow please? perfect. can you smile? ok. and could you puff out your cheeks please? ok perfect. could you shrug? ok. and stick out your tongue? perfect. I have to look at your gait, so I'm gonna tell you to do some exercise. first, can you walk heel to toe? ok, perfect. and now tiptoe? ok. can you walk on your heel please? you can too, perfect. now just have to look your arms swinging, so juts walk normally please. everything is alright, ok perfect and have to do the Romberg's test, so you have to stand up, feet together, and close your eyes, I'm gonna check if you can stay stand up or not. and it's ok, ok perfect. ok so, we have to make some complementary exams to diagnose your problem.
P: ok.

D: so we have to do a left carotid artery scan, so it's an image of your carotid, your carotid is an artery. did you understand everything I say?
P: sure.
D: so you have to go with a surgeon… no, I don't know this exam, so my colleague explain you in detail this exam and after he give me your results and I could continue to have a conversation with you and the treatment.
P: ok.
D: so, hello.
P: hello again.
D: hello again, so I diagnose TIA, so it's a transient ischemic attack. so, to prevent any recidivism you have to, you need a treatment, an anticoagulant therapy, did you know what is it?
P: no.
D: it's a treatment for help your blood flow .
P: ok.
D: and you have to make some lifestyle changes like eat fresh product, do more physical exercise, if you have some things to do, try to walk and not take the car.
P: ok.
D: or stop smoking because you smoke a lot of cigarettes. and maybe try to don't drink whisky every day.
P: ok.
D: in the first time and I think it's all I can say to you. did you have questions?
P: no.
D: did I miss anything?
P: no.
D: ok.

CANDIDAT 94
D: hello.
P: hello.
D: good afternoon. so it's our first appointment now isn't it?
P: yes.
D: ok so could you just tell me what's your name? your first name, your last name?
P: it's Carlos Mansion.
D: ok so when and where were you born?
P: I was born on the 27th of February 1950.
D: ok and where?
P: in Madrid in Spain.
D: Madrid, alright. what's your nationally?
P: I'm Spanish.
D: Spanish, so how old are you?
P: 68.
D: 68. ok. so are you married?
P: yes.
D: alright. do you have a job?
P: no I'm retired.
D: you're retired, ok. so, is there any disease that runs in your family?
P: yes, well my father died of a stroke.
D: alright. and that's all?
P: yes.
D: your mother nothing?
P: she's dead as well but she died because she was old.
D: and siblings you don't have brothers, sisters?
P: no.
D: ok, do you smoke?
P: yes.
D: ok, how much, do you smoke cigarettes? cigars?
P: cigarettes.

D: how much cigarettes do you smoke per day? how many?
P: 5.
D: since when?
P: 50 years.
D: ok, 50 years. and do you drink alcohol?
P: yes.
D: how often?
P: every day.
D: every day. how many glasses of alcohol you drink a day?
P: 2 glasses.
D: 2 glasses, what type of alcohol you drink?
P: just whisky.
D: do you drink and drive?
P: no.
D: no, good. do you do drugs?
P: no.
D: ok. alright. so, could you tell me how you feel?
P: I feel fine.
D: you feel fine ok so why are you here?
P: this morning something strange happened. I was with my wife we were having breakfast and suddenly I started feeling very strange.
D: alright.
P: I felt weak.
D: you felt weak.
P: and she told me that when I spoke it didn't make any sense.
D: alright. so, do you feel like difficulty speaking or?
P: no, it was easy.
D: for you it was easy.
P: but apparently it made no sense.
D: ok. did you recently fell somewhere?
P: no.
D: no, like trauma something like that?
P: no.
D: no. do you feel any, have you noticed any bruising on your skin?
P: no.
D: ok, do you feel any numbness? tingling?
P: not any more but this morning yes I had tingling and numbness.
D: vertigo?
P: yes.
D: ok. do you know, can you just know where you are? do you know where you are right now?
P: yes.
D: alright. ok, so now let me just check your vital signs.
P: ok.
D: I'm just going to check your vital signs, so can you roll up your sleeve for me I'd like to take your pulse.
P: ok.
D: ok, now I'm going to take your blood pressure and your respiratory rate and your temperature. your temperature is up to 37.2, then your pulse is 80 beats per minutes, your respiratory rate is 15 breath per minutes and your blood pressure is one fifty over eighty. so that's quite good, your blood pressure is a bit high but it's good. so now I'm just going to test your cranial nerves.
P: ok.
D: I'm going to perform an exam to check your cranial nerves. so those are your nerves that assess your face and your neck, so is that ok?
P: yes.
D: so first I'm going to check to sense of smell, so have you noticed any change in your sense of smell recently?
P: no.

D: no. ok. then your eye movements, can you just follow my fingers with your eyes please? ok. good. then I'm going to test your facial nerve, it's the motor nerves on your face? can you just please bare your teeth for me? alright. can you close your eyes as tight as you can and juts don't let me open them. ok. can you now please puff out your cheeks and don't let me push them in. alright, good. now, I'm going to test your accessory nerve, so it's the nerve of the muscle of your shoulder and your neck so can you just start by shrugging your shoulders for me please and don't let me put them down. alright and eventually I'm going to test your hypogloss nerve so can you just please stick your tongue out for me? open your mouth and stick your tongue out for me. good, it's good, you have good result. now I'm going to test to perform an exam to test your motor function. so I just want to take a look at your gait first. so can you just walk across the room and swing your arms while you're walking please? you did it right, ok. can you just walk on your tiptoes please? now walk on your heels, right. and just now can you walk on your toe and then walk on your heel and then walk on your toe again please. alright. and now I'm going to be there to catch you if you fall, but juts can you put your arms by your side and then your foot, your feet together please and close your eyes. it is to check your balance. alright. so now I just saw your gait and your motor function. so to make sure of my diagnosis, to be sure of my diagnosis and to rule out any hesitation I would like you to do some complementary exams for me please. I'd like you to do a scan, please. ok. so, the result of the scan, sorry to do a left carotid artery scan.
P: ok.
D: alright. so, the result of the scan shows that you're making a transient ischemic attack.
P: what is that?
D: it's like your artery, your left carotid artery is, it's, is… there is a clot in it, so blood cannot go in it and you're like it cannot give, no blood cannot go to your tissue and your organ by your left carotid artery. so it's a blood clot.
P: ok.
D: in your artery. that's it. so I need you to take a treatment for that, it's called an anticoagulant therapy just to make your blood being more fluid and I want you also to change your lifestyle because your clot, your blood clot is maybe cause, is probably caused by your lifestyle because you drink a little bit much and you smoke since, for 50 years so it's quite a lot. so I want you to be really consistent with the treatment and also with the lifestyle changes, I know it's hard but there is a lot of group that support you through that and… it could have been worse, so it's good that you came here so… do you have any question?
P: so is this kind of think going to happen to me again? should I expect some more?
D: I could happen to you again and it could be worse, it could lead to death sometimes. that's why you need to change your lifestyle.
P: but I'm old! so is it really useful for me to change my lifestyle?
D: of course, you know. each body is different so even if you're a bit old, you still have life in front of you so if you change your lifestyle habits, if you eat better, if you don't drink alcohol as much as you do and smoke as much as you do, you're going to feel better and not to feel... you know you're a bit old so you need to improve your life to be better, to not be like senile.
P: ok, thank you.
D: so it's useful.
P: ok, thank you.

CANDIDAT 95/
D: hello Mr. Carlos Mansion.
P: hello.
D: so you're a man?
P: yes.
D: where and when were you born please?
P: so I was born in Madrid in Spain.
D: ok.
P: and my date of birth is the 27th of February 1950.
D: 1950. ok so are you Spanish?
P: yes.
D: ok. Mr. Carlos are you married or single?

P: yes.
D: married?
P: yes.
D: and about your work?
P: I'm retired.
D: what??
P: I'm retired, I don't work anymore.
D: ok. Mr. Carlos, about your family, I'm going to ask you if your father, your mother or siblings are, have ever that this disease, so you tell me if one of them got this disease.
P: ok.
D: so about cancer?
P: no.
D: cardiovascular disease?
P: no.
D: pulmonary disease?
P: no.
D: mental illness?
P: no.
D: cva?
P: yes, my father had a stroke.
D: ok. and mother or sibling?
P: no.
D: ok. any other disease?
P: no.
D: ok. the stroke about your father, lead them, lead him to death?
P: yes.
D: ok. so, what age had your father when he died?
P: he was 61.
D: 61. ok. so, Mr. Carlos, are you a smoker?
P: yes.
D: yes. what your frequency of smoking please?
P: I smoke everyday.
D: ok. what type of cigarette?
P: juts normal cigarettes.
D: ok. you drink alcohol?
P: yes.
D: ok so at what frequency?
P: every day.
D: ok. what type of alcohol?
P: whisky.
D: ok. and, did you take drugs?
P: no.
D: about tobacco and alcohol, how many… you know the risk of tobacco and alcohol?
P: yes..
D: ok, but you still use it?
P: yes
D: ok. so why are you here Mr. Carlos?
P: well, something strange happened to me this morning. I was having breakfast with my wife.
D: yes.
P: and suddenly well she said that it made no sense when I spoke.
D: ok.
P: and I felt very weak.
D: ok.
P: and I was lightheaded.
D: what?
P: lightheaded; like a bit dizzy.
D: lightheaded?
P: yes.

D: ok, ok. so you don't feel pain any pain?
P: no.
D: ok. ok. so I check your vital signs.
P: ok.
D: and your temperature is at 37.2°, your pulse is at 80 beats per minute, and you breathe 15 times per minute. and the blood pressure, you had fifteen over eight, so any problem with these vital signs. so you said to me you… your speech have no sense when you're you take breakfast with your wife.
P: yes.
D: ok. did you feel your tongue? when this happened?
P: yes.
D: and your movement of your eyes, the movement of your eyes? did it hurt or not?
P: no.
D: ok. and, did you smell good? you don't smell any weird odour?
P: no.
D: ok. ok. after this, after this event, have you got a heel walking after this?
P: no.
D: so after check your case, you should go, you should do a left carotid artery scan
P: ok.
D: and, I think you've got a transient ischemic attack.
P: ok.
D: so I prescribe you a treatment. you're gonna take anticoagulant therapy and you have to change your lifestyle .
P: ok, I'm not sure I understand what I had, transient ischemic what? what's that?
D: it's like a blockage of your artery in the brain, so this make you, this event did you this no sense spoke and this lightheaded.
P: ok.
D: so transient ischemic attack.
P: ok and you mentioned I need to change some things in my lifestyle like what really?
D: like alcohol and tobacco like you said before. I think if you stop it or reduce it, like once per week, like not every day but once per week, I think this event don't happen, don't happen often.
P: ok, thank you.

WORDLISTS

ANNEXE 14

Wordlist : symptômes en anglais listés par les étudiants étrangers

#Lemma Types: 224
#Lemma Tokens: 385
#Search Hits: 0

1	18	pain
2	14	feel
3	12	feeling
4	12	stomach
5	10	head
6	7	nose
7	7	sore
8	5	cough
9	5	cramps
10	5	eye
11	5	like
12	5	trouble
13	4	ache
14	4	appetite
15	4	cold
16	4	hurt
17	4	sick
18	4	toilet
19	3	ach
20	3	around
21	3	back
22	3	bad
23	3	bloated
24	3	chest
25	3	dry
26	3	go
27	3	going
28	3	good
29	3	high
30	3	muscle
31	3	part
32	3	spinning
33	3	sweat
34	3	temperature
35	3	throat
36	3	tummy
37	2	aching
38	2	body
39	2	dizziness
40	2	dizzy
41	2	fever
42	2	food
43	2	hot
44	2	need
45	2	pressure
46	2	rash
47	2	running
48	2	stuffy
49	2	tire
50	2	upset
51	1	abdominal
52	1	achy
53	1	air
54	1	ankle
55	1	anorexia
56	1	anxiety
57	1	anxious
58	1	articular
59	1	asthmatic
60	1	backache
61	1	balance
62	1	bed
63	1	belly
64	1	bite
65	1	bleeding
66	1	bloating
67	1	blocked
68	1	blood
69	1	blurred
70	1	bone
71	1	brain
72	1	breathing
73	1	broke
74	1	broken
75	1	burning
76	1	burns
77	1	cancer
78	1	catch
79	1	chesty
80	1	chill
81	1	clammy
82	1	come
83	1	congest
84	1	contagious
85	1	coughing
86	1	could
87	1	cysticis
88	1	defecation
89	1	dehydration
90	1	depress
91	1	diarrhoea
92	1	die
93	1	disturbing
94	1	drowsiness
95	1	drowsy
96	1	dying
97	1	dyspnea
98	1	ear
99	1	earache
100	1	elephant
101	1	energy
102	1	exhausted
103	1	explode
104	1	fainting
105	1	falling
106	1	fatigue
107	1	fatigued
108	1	fit
109	1	flu
110	1	foggy
111	1	front
112	1	full
113	1	fullness
114	1	gaseous
115	1	get
116	1	getting
117	1	giddy
118	1	groggy
119	1	headaches
120	1	headed
121	1	health
122	1	heart
123	1	heartburn
124	1	heavy
125	1	hyperthermy
126	1	inability
127	1	increased
128	1	infection
129	1	inflammation
130	1	influenza
131	1	injury
132	1	intestinal
133	1	itching
134	1	itchy
135	1	joint
136	1	keep
137	1	lack
138	1	left
139	1	leg
140	1	lethargy
141	1	light
142	1	liquid
143	1	little
144	1	loo
145	1	losing
146	1	loss
147	1	lot
148	1	lower
149	1	make
150	1	menstrual
151	1	migraine
152	1	mind
153	1	move
154	1	mucusy
155	1	muscular
156	1	nausea
157	1	nauseated
158	1	nauseous
159	1	neck
160	1	noise
161	1	nothing
162	1	numbness
163	1	often
164	1	pale
165	1	palpitation
166	1	phlegm
167	1	pink
168	1	poisoning
169	1	poor
170	1	properly
171	1	puke
172	1	queasy
173	1	rest
174	1	resting
175	1	ringing
176	1	run
177	1	runny
178	1	saliva
179	1	scum
180	1	sharp
181	1	shit
182	1	shivering
183	1	side
184	1	sinus
185	1	skin
186	1	sleep
187	1	sleepy
188	1	sluggish
189	1	sneezing

190	1	snuffy
191	1	spasm
192	1	spitting
193	1	sport
194	1	sprained
195	1	stiff
196	1	sting
197	1	stomachache
198	1	straight
199	1	stroke
200	1	stuffed
201	1	suffer
202	1	swallowing
203	1	sweating
204	1	tachycardia
205	1	tachypnea
206	1	think
207	1	throbbing
208	1	throw
209	1	throwing
210	1	tightness
211	1	time
212	1	tonsillitis
213	1	tooth
214	1	trembling
215	1	turn
216	1	turned
217	1	twisted
218	1	type
219	1	vision
220	1	vomit
221	1	wall
222	1	weak
223	1	weather
224	1	wrist

ANNEXE 15

Rapports de cas clinique

British Medical Journal – BMJ

1 Acute renal artery embolisation: role of local catheter-based intra-arterial thrombolysis

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2018-224767 Accepted 22 May 2018 Published 21 June 2018

Neeraj Ganju, Sachin Sondhi, Arvind Kandoria Cardiology, Indira Gandhi Medical College, Shimla, Himachal Pradesh, India

A 45-year-old man without previous comorbidity presented to us with acute onset right-sided flank pain for last 14 hours.

---

2 Total electrical alternans in a patient with malignant pericardial tamponade

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2018-224771 Accepted 24 June 2018 Published 19 July 2018

Diede Verlaan1, Joris D Veltman2, Bart Grady1,3 1Internal Medicine, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands 2Respiratory Medicine, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands 3Intensive Care Medicine, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands

We present a case of a 59-year-old man with acute abdominal pain and progressive shortness of breath.

---

3 Splenic torsion: a rare cause of abdominal pain

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2018-224952 Accepted 2 July 2018 Published 18 July 2018

Michael Mohseni, Brian T Kruse, Charley Graham Emergency Medicine, Mayo Clinic's Campus in Florida, Jacksonville, Florida, USA

We present a case of a young woman who presented with left-sided chest and abdominal pain.

---

4 Unusual foreign body impacted in the upper oesophagus: original technique for transoral extraction

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2018-225241 Accepted 16 June 2018 Published 27 June 2018

Carlo Galdino Riva, Francesco Angelo Taddàus Toti, Stefano Siboni, Luigi Bonavina Department of Surgery, IRCCS Policlinico San Donato, Università degli Studi di Milano, Milano, Italy

A 27-year-old man was admitted in the emergency room after intentional ingestion of a wooden spherical object with a central hole.

---

5 Gorlin-Goltz syndrome: first reported case of bullae in the lungs complicated with tension pneumothorax

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2017-223689 Accepted 6 June 2018 Published 20 June 2018

Otolarnygology, Royal Berkshire Hospital, Reading, UK

A 13-year-old girl was referred by her general practitioner with acute worsening exertional dyspnoea and sudden onset of left-sided chest pain. There was no associated trauma, palpitations or syncope.

---

6 Novel psychoactive substances: overdose of 3-fluorophenmetrazine (3-FPM) and etizolam in a 33-year-old man

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2018-224995 Accepted 31 May 2018 Published 8 June 2018

Matthew G K Benesch1, Sahar J Iqbal2 1 Department of Surgery, Memorial University of Newfoundland, St. John's, Newfoundland and Labrador, Canada 2 Department of Medicine, Memorial University of Newfoundland, St. John's, Newfoundland and Labrador, Canada

we discuss our encounter with a 33-year-old unconscious man presenting with coingestion of a novel stimulant 3-fluorophenmetrazine with a rarely used benzodiazepine etizolam. This patient developed seizure-like activity which ultimately resolved without sequelae.

---

7 Serious life-threatening multifocal infection in a child, caused by Panton-Valentine leucocidin-producing Staphylococcus aureus (PVL-MSSA)

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2017-222138 Accepted 10 May 2018 Published 5 June 2018

Neda Irenji1, Suresh Kumar Gopala Pillai2, Jennifer Susan West-Jones3 1 Department of Medicine, Abertawe Bro Morgannwg University Health Board, Swansea, UK 2 Intensive Care Department, Morriston Hospital, Swansea, UK 3 Emergency Department, Abertawe Bro Morgannwg University Health Board, Swansea, UK

This case report presents a child with atraumatic right groin pain, which was initially diagnosed as a muscular sprain. The patient later re-presented out of hours to the Emergency Department with what was found to be extensive pelvic abscesses

---

8 Aortic intramural haematoma associated with pulmonary artery periadventitial haematoma

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2018-224853 Accepted 27 April 2018 Published 18 May 2018

Atsushi Jinno1, Takanobu Hirosawa2 1Department of Emergency Medicine, Okinawa Yaeyama Hospital, Okinawa, Japan 2Department of Diagnostic and Generalist Medicine, Dokkyo Medical University, Tochigi, Japan

A 54-year-old man who has a medical history of untreated hypertension presented to the emergency department with sudden onset of back pain and sweat. His back pain suddenly started while he was washing the dishes. The pain was sharp, continuous and radiating to his chest.

9 Left-sided omental infarction: a rare cause of abdominal pain, discovered by CT scan

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2017-224138 Accepted 25 April 2018 Published 8 May 2018

Jamie L G Nijkamp1, Suzanne C Gerretsen2, Patricia M Stassen11Internal Medicine, Maastricht Universitair Medisch Centrum+ Interne Geneeskunde, Maastricht, The Netherlands 2Radiology, Maastricht Universitair Medisch Centrum +, Maastricht, The Netherlands

10 Epilepsy under my skin?

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2017-224136 Accepted 19 April 2018 Published 25 April 2018

Mark W L van Geffen, Hanneke M H Joosten, Patricia M Stassen Internal Medicine, Interne Geneeskunde, Maastricht Universitair Medisch Centrum+, Maastricht, The Netherlands

A 44-year-old male patient was admitted to the hospital for observation after an unwitnessed syncope.

11 Two cases of unidentified acute compartment syndrome

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2017-222377 Accepted 25 February 2018 Published 1 April 2018

Shinsuke Takeda1,2, Masahiro Tatebe2, Atsushi Sakai3, Hitoshi Hirata2 1Hand and Microsurgery Center, Anjo Kosei Hospital, Anjo, Japan 2Department of Hand Surgery, Nagoya University, Nagoya, Japan 3The Japan Snake Institute, Ota, Japan

We report two cases of unidentified ACS, which did not result from traumatic injuries such as fractures or crush injury, iatrogenic injury or diseases such as haematological malignancies. Both patients complained of severe pain and swelling of their extremity. No bite marks, blisters or skin necrosis was noted. They also complained of marked symptoms of third cranial nerve injury, including divergent squint and diplopia

12 Severe acute haemolytic anaemia associated with severe methaemoglobinaemia in a G6PD-deficient man

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2017-223369 Accepted 14 March 2018 Published 28 March 2018

Abdul Rehman1,2, Mohanad Shehadeh2, Diala Khirfan2, Akhnuwhkh Jones2 1 Department of Biological and Biomedical Sciences, Aga Khan University, Karachi, Pakistan 2 Department of Medicine, Hamad Medical Corporation, Doha, Qatar

We report the case of a 30-year-old man who presented with clinical features of G6PD deficiency-associated haemolysis and was found to have severe methaemoglobinaemia (35%).

13 Ruptured hepatocellular carcinoma disguising as heterotopic pregnancy

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2017-222514 Accepted 6 February 2018 Published 27 February 2018

Qiu N Lee1, Gabriel Ayonmigbesimi Akra2, Augustus G Kigotho2, Mahsa Seyed Ahadi3 1Medicine, University of New South Wales (UNSW), Albury, New South Wales, Australia 2Emergency, Albury Wodonga Health, Albury Campus, Albury, New South Wales, Australia 3Anatomical Pathology, Royal North Shore Hospital, St Leonards, New South Wales, Australia

A 36-year-old pregnant Chinese immigrant who was positive for hepatitis B virus and in her first trimester presented to the emergency department of Wyong Hospital, Hamlyn Terrace, New South Wales, Australia, with severe epigastric and right upper quadrant pain and haemodynamic instability.

14 Polymicrobial bacterial pericarditis and cardiac tamponade caused by pericardial penetration of an adjustable gastric band

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2017-221589 Accepted 22 January 2018 Published 16 February 2018

Ype de Jong1, Rhiannon B van Loenhout2, Dingeman J Swank3, Casper L Jansen4, Bastiaan J Sorgdrager5 1Department of Internal Medicine, Haaglanden Medical Centrum, The Hague, Netherlands 2Department of Radiology, Haaglanden Medical Centrum, The Hague, Netherlands 3Department of Bariatric Surgery, Groene Hart Hospital, Gouda, Netherlands 4Department of Medical Microbiology, Haaglanden Medical Centrum, The Hague, Netherlands 5Department of Cardiology, Haaglanden Medical Centrum, The Hague, Netherlands

We describe a case of polymicrobial bacterial pericarditis with *Klebsiella pneumoniae* and *Proteus mirabilis*, caused by pericardial penetration of the tip of the catheter of a laparoscopic adjustable gastric band (LAGB). The patient developed a cardiac tamponade, and subsequently emergency pericardiocentesis was performed. Analysis of earlier CT scans showed that the tip of the catheter had migrated through the liver and through the diaphragm into the pericardium, and was in contact with the myocardium. After stabilisation he was operated to remove the LAGB. In this case report, we describe the chain of events that led to the polymicrobial pericarditis—a complication of LAGB placement that to our knowledge has thus far never been reported. We furthermore present a detailed literature review of all published cases of polymicrobial pericarditis and its causes.

15 Hepatic portal venous gas after diving

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2017-223844 Accepted 25 December 2017 Published 12 January 2018

Atsushi Jinno1, Takanobu Hirosawa2, Taro Shimizu2 1Department of Emergency Medicine, Okinawa Yaeyama Hospital, Okinawa, Japan 2Department of Diagnostic and Generalist Medicine, Dokkyo Medical University, Tochigi, Japan

A 68-year-old man with diabetes and chronic kidney disease presented with severe epigastric pain and nausea 30 min after scuba diving in Ishigaki Island, southern part of Okinawa Prefecture, Japan. He dived to 10 m (32.8 ft) twice, for an hour each diving. The length of bottom time was unknown. The temperature of the water was 29.0°C (84.2°F).

16 Emphysematous gastritis secondary to Sarcina ventriculi

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2018-224233 Accepted 26 January 2018 Published 8 February 2018

Matthew Alvin1, Nour Al Jalbout2 1Radiology, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland, USA 2Emergency Medicine, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland, USA

An 87-year-old man with history of dementia, coronary artery disease on dual antiplatelet therapy and oesophagitis presented to the emergency department with acute-onset coffee ground emesis and left upper quadrant abdominal pain of 1-day duration.

17 Bleeding or clotting: an intracranial dilemma

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2017-222781 Accepted 9 December 2017 Published 8 February 2018

Jonathan Dallimore1, Rahul Bhatnagar2 1Intensive Care Unit, Capital & Coast District Health Board, Wellington, New Zealand 2Academic Respiratory Unit, University of Bristol, Bristol, UK

The patient presented to the emergency department having collapsed at work, obtaining a head injury while falling to the floor and suffering an 8 min seizure in the immediate aftermath. The patient had an acute flare of her UC 2 weeks previously, and her medical history included a deep vein thrombosis following a long-haul flight and a pulmonary embolism while taking contraceptive pill/oral contraceptives.

The patient denied a headache preceding her collapse, although she admitted her head had ‘felt fuzzy’ during.

18 Snap, crackle and pop: when sneezing leads to crackling in the neck

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2016-218906 Accepted 20 December 2017 Published 15 January 2018

Wanding Yang, Raguwinder S Sahota, Sudip Das ENT, Head and Neck Surgery, University Hospitals of Leicester NHS Trust, Leicester, UK

Spontaneous perforation of the pharynx is an unusual condition. Due to its non-specific presentation and general lack of awareness, diagnosis and intervention may be delayed resulting in potential complications. This case reports a rare spontaneous perforation of the pyriform sinus after a forceful sneeze, leading to cervical subcutaneous emphysema and pneumomediastinum.

19 Beware of air

BMJ Case Reports 2018; doi:10.1136/bcr-2017-223081 Accepted 1 November 2017 Published 11 January 2018

Nadia, NK van Rijssel, Claudia, C Savelkoul, David H T Tjan Department of Intensive Care Unit, Gelderse Vallei Hospital, Ede, The Netherlands

Patient A, a 67-year-old man with a history of colitis ulcerosa, was admitted with acute right upper quadrant pain and fever.

Patient B, a healthy 62-year-old man, presented with malaise and substernal chest pain.

20 Clinical examination and X-ray: an old approach to a current problem

BMJ Case Reports 2017; doi:10.1136/bcr-2017-223256 Accepted 1 December 2017 Published 7 December 2017

Patrícia Silva1,2, Pedro Leão1,2, André Goulart1,2 1Department of General Surgery, Hospital de Braga, Braga, Portugal 2Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), Braga, Portugal

A 50-year-old man without relevant medical history was admitted to the emergency department with 4 days evolution of abdominal pain. The patient presented continuous abdominal pain.

21 Volvulus of a wandering pelvic spleen: CT diagnosis with 3D reformatted illustration

BMJ Case Reports 2017; doi:10.1136/bcr-2017-222214 Accepted 22 November 2017

Published 2 December 2017

Etienne Danse, Ralph Khoury Imaging Department, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Université Catholique de Louvain, 10 Av Hippocrate , Brussels, Belgium

A 55-year-old woman was admitted at the hospital for acute abdominal pain, nausea, vomiting and loss of appetite. The unique relevant information of her previous clinical story was an aberrant location of the spleen in the pelvis.

22 Beware the middle-aged migraine: internal carotid artery dissection mimicking migraine in the emergency department

BMJ Case Reports 2017; doi:10.1136/bcr-2017-221774 Accepted 13 November 2017

Published 28 November 2017

Austin Donnelly, Brendan Sinnott, Ryan Boyle, Ian Rennie Emergency Department, Royal Victoria Hospital, Belfast, UK

A 53-year-old woman presented to the emergency department (ED) with a 3-day history of gradual onset left-sided headache localised behind the left eye. This was associated with visual disturbance in the left eye described as ‘zig-zag lines’.

She had never suffered from headache before and her only significant medical history was of hysterectomy and subsequent provoked pulmonary embolus. She was not taking any regular medication.

23 A rare case of dual diagnosis in a 16-year-old girl with shortness of breath

BMJ Case Reports 2017; doi:10.1136/bcr-2017-221939 Accepted 12 November 2017

Published 21 November 2017

Felicity de Vere, Robyn House, Yunus Gokdogan Emergency Department, West Middlesex University Hospital, Chelsea and Westminster Hospital NHS Foundation Trust, London, UK

Pneumothorax and pulmonary embolism (PE) are two life-threatening causes of shortness of breath in patients presenting to the emergency department. A rare but more serious presentation is that of simultaneous PE and pneumothorax. We present the case of a young patient, with no known comorbidities, who presented with simultaneous submassive PE and pneumothorax. We will review how these two diagnoses may be related, consider the implications of having this dual diagnosis on the patient's management and review the current evidence surrounding thrombolysis in submassive PE.

---

24 All sorts of tests, only one question: an unexpected cause of hypertension

BMJ Case Reports 2017; doi:10.1136/bcr-2017-222077 Accepted 30 October 2017

Published 9 November 2017

Sarah Foster, Rachel Foster, Peter Jackson, Soon Song Sheffield Teaching Hospitals NHS Foundation Trust, Sheffield, UK

A 48-year-old woman presented to the Accident and Emergency department with a 4 month history of headaches, nausea and dizziness. Before the follow-up appointment at the hypertension clinic, the patient and her husband identified that her headaches coincided with liquorice tea consumption of up to three cups per day. This information was not obtained in the clinical assessment.

---

25 Use of emergency department point-of-care ultrasound in a case of cholecystitis

BMJ Case Reports 2017; doi:10.1136/bcr-2017-220872 Accepted 17 October 2017

Published 1 November 2017

Nicolas Lim1, Aileen McCabe2, John Cronin2 1Emergency Department, The Adelaide and Meath Hospital, Dublin, Ireland 2Emergency Department, St Vincent's University Hospital, Dublin, Ireland

A 54-year-old man presented with severe right upper quadrant (RUQ) abdominal pain. He denied any infective symptoms.

---

26 An unusual cause of flash pulmonary oedema

BMJ Case Reports 2012; doi:10.1136/bcr.03.2012.6087

Atul Vijay Palkar1, Makardhwaj Sarvadaman Shrivastava2, Nivedita D Moulick3 1Department of Internal Medicine, St Vincent Hospital, Worcester, Massachusetts, USA 2Department of Internal Medicine, Indraprastha Apollo Hospitals, New Delhi, India 3Department of Internal Medicine, Lokmanya Tilak Municipal Medical College & Hospital, Mumbai, India

We report a case of young woman who presented with acute cardiogenic pulmonary oedema and respiratory failure.

---

27 Secondary aortoduodenal fistula and the unrecognised herald bleed

BMJ Case Reports 2017; doi:10.1136/bcr-2017-220186 Accepted 9 October 2017

Published 20 October 2017

Francesc Simó Alari1, Esther Molina González2, Israel Gutierrez1, Aïcha Ahamdanech-Idrissi3 1General surgery, Centre Hospitalier de la val d'Ariege, Foix, France 2Intensive Care Medicine, Centre hospitalier du val d'Ariege, Foix, France 3Anesthesiology, Centre hospitalier du val d'Ariege, Foix, Midi Pyrénées, France

A 65-year-old man with history of aortobifemoral surgery 4 years ago was admitted to hospital after sudden abdominal pain. Initially misdiagnosed as renal colic, he was treated with analgesics, and while on observation he started with haematemesis, rapidly responding to volume infusion.

---

28 Unusual case of acute urinary retention in a young female

BMJ Case Reports 2017; doi:10.1136/bcr-2017-221411 Accepted 25 September 2017

Published 4 October 2017

Belinda Zer Hui Chern1, Shivani Rajaraman1, Geetika Verma2, Kenneth Wei Jian Heng3 1School of Medicine, National University Singapore Yong Loo Lin, Singapore, Singapore 2School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, London, UK 3Emergency Department, Tan Tock Seng Hospital, Singapore, Singapore

We report an unusual case of a 17-year-old young female presenting to the emergency department with varicella infection, acute urinary retention (AUR) and no other neurological deficits.

---

29 Recurrent gastric metal bezoar: a rare cause of gastric outlet obstruction

BMJ Case Reports 2017; doi:10.1136/bcr-2017-221928 Accepted 15 September 2017

Published 27 September 2017

Elias Chahine, Lionel El Khoury, Ramez Baghdady, Elie Chouillard Digestive and Minimally Invasive Surgery, Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy/Saint-Germain-en-Laye, Poissy, France

A 52-year-old male patient with psychiatric medical history who presented to the emergency department five times during a period of 5 years due to gastric outlet obstruction manifested mainly by abdominal pain, vomiting and haematemesis after intentionally ingesting metals and which necessitate several surgical interventions.

---

30 Stroke mimic: an interesting case of repetitive conversion disorder

BMJ Case Reports 2012; doi:10.1136/bcr-2012-007556

Jonathan Segal1, Alison Lam2, Simon William Dubrey3, Evangelos Vasileiadis2 1Hillingdon Hospital, Uxbridge, UK 2Department of Stroke Medicine, Hillingdon Hospital, Uxbridge, UK 3Department of Cardiology, Hillingdon Hospital, Uxbridge, Middlesex, UK

Stroke mimics can account for up to 5% of all acute stroke presentations.They are more frequent in those under 50 years of age, with some estimates of prevalence as high as 21% of acute stroke presentations in this age group. We describe a case of repetitive stroke mimic episodes, the recognised associated precipitants, diagnostic clues and management.

---

31 Excessive venous bleeding in a patient with acetabular pelvic fracture secondary to inferior vena cava filter occlusion

BMJ Case Reports 2012; doi:10.1136/bcr-2012-006712

Sam Nahas1, Clarence Yeoh2, Senthil Velayudham21Department of Medicine, TWH, Tunbridge Wells, Kent, UK 2Department of T&O, TWH, Tunbridge Wells, Kent, UK

Inferior vena cava (IVC) filters can be used to prevent pulmonary embolism in cases where anticoagulation is contraindicated. Filter obstruction remains one of the major complications after its insertion. This is the rare case demonstrating excessive venous bleeding during attempted open reduction internal fixation of an acetabular fracture secondary to subcomplete IVC filter thrombosis day 1 postinsertion of the device.

---

32 Visible intestinal peristalsis

BMJ Case Reports 2013; doi:10.1136/bcr-2013-201748

Taro Shimizu1, Yasuharu Tokuda2 1University of Hawaii, Honolulu, Hawaii, USA 2Department of General Internal Medicine, Tsukuba University, Mito, Ibaraki, Japan

A 52-year-old man who had a history of recurrent constipation presented with an intermittent nausea and vomiting that started 1 day prior. He had a history of Nissen fundoplication for the repair of a hiatus hernia. He also had congenital mental retardation and was not unable to fully explain.

---

33 Salter-Harris II forearm fracture reduction and fixation using a buttress plate

BMJ Case Reports 2014; doi:10.1136/bcr-2013-202868

Jonathan Barnes, Mark Webb, Paul v Fearon Department of Trauma and Orthopaedics, Royal Victoria

This is the case of a 13-year-old girl who presented with a Salter Harris II fracture, which was managed using a novel approach of utilising a T plate in a buttress mode to stabilise the fracture after anatomical reduction.

---

34 Left renal vein thrombosis: a rare cause of acute scrotal pain

BMJ Case Reports 2014; doi:10.1136/bcr-2013-202237

Gael R Nana1, Melvinder Basra1, David D Maudgil2, Amrith Raj Rao3 1Department of Urology, Wexham Park Hospital, Slough, UK 2Department of Radiology, Wexham Park Hospital, Slough, UK 3Department of Urology, Heatherwood and Wexham Park Hospitals NHS Foundation Trust, Slough, UK

A 70-year-old man with a history of chronic liver disease presented with increasing scrotal pain and swelling. There was an associated dull left loin pain. His general practitioner had started antibiotics

---

35 Post-traumatic tics and tetrabenazine treatment: a blinded video assessment

BMJ Case Reports 2013; doi:10.1136/bcr-2013-201676

Markos Poulopoulos, Mirna Hajjar Department of Neurology, University of Vermont, Bangor, Maine, USA

Our patient had a severe traumatic head injury and subsequently developed tics refractory to various agents including neuroleptics.

---

36 Paediatric spinal trauma. When in doubt, scan again

BMJ Case Reports 2014; doi:10.1136/bcr-2014-203760 Accepted 9 February 2014

Published 7 March 2014

Barry James O'Neill, Darren F Lui, Mary Nugent, Patrick John Kiely Department of Trauma & Orthopaedics, Our Lady's Children's Hospital, Dublin, Ireland

A 9-year-old boy was a restrained back-seat passenger in a road traffic accident. He was assessed in the local hospital,

---

37 'Pucker Sign' an indicator of irreducible knee dislocation

BMJ Case Reports 2013; doi:10.1136/bcr-2013-201279

Santosh Somayya Jeevannavar, Chidendra Manohar Shettar Department of Orthopaedics, SDM College of Medical Sciences and Hospital, Dharwad, Karnataka, India

A 32-year-old policeman presented to the emergency department with acute right knee pain and swelling after a fall. The injury was sustained while playing kabbadi (an Indian game) as a result of a twisting injury to the knee. He was initially treated at a local hospital where they diagnosed it as a knee dislocation. However, he was referred to our institution after an unsuccessful attempt at closed reduction.

---

38 Acute bilateral putaminal haemorrhagic necrosis in methanol poisoning

BMJ Case Reports 2013; doi:10.1136/bcr-2013-201026

Sibi Thirunavukkarasu, Pradeep Pankajakshan Nair, Vaibhav Wadwekar Department of Neurology, Jawaharlal Institute of Postgraduate Medical Education and Research, Pondicherry, India

A 30-year-old man without significant past illness was admitted to the neurology intensive care unit with a 2-day history of altered level of consciousness, vomiting and vision loss. History revealed that he had consumed unknown amounts of unbranded alcohol 4 days earlier.

---

39 Successful flexible bronchoscopic management of a large-sized aspirated partial denture

BMJ Case Reports 2014; doi:10.1136/bcr-2013-202371 Accepted 24 February 2014

Published 20 March 2014

Nayer Jamshed1, Karan Madan2, Meera Ekka1, Randeep Guleria2 1Department of Emergency Medicine, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India 2Department of Pulmonary Medicine and Sleep Disorders, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India

A 48-year-old male patient presented to the emergency room with a history of chest pain and breathlessness. The patient subsequently revealed a history of a misplaced denture 4 months previously.

40 Ileocaecal intussusception due to submucosal lipoma in a pregnant woman

BMJ Case Reports 2014; doi:10.1136/bcr-2013-203110

Willem-Maarten PF Bosman, Hugo TC Veger, Paul Ph Hedeman Joosten, Ewan D Ritchie Department of Surgery, Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp, Netherlands

A 30-year-old woman was admitted to the emergency department with a 2-day history of colic pain in the left upper quadrant of the abdomen. She had been suffering from nausea and vomiting, which was attributed to her recent pregnancy (±8 weeks). Her medical history consisted of rheumatoid arthritis and unexplained abdominal pains which were paired with nausea and vomiting.

41 Digital high-pressure injection injury: the importance of early recognition and treatment

BMJ Case Reports 2014; doi:10.1136/bcr-2013-203206 Accepted 17 January 2014

Published 19 February 2014

Umran Sarwar, Muhammad Javed, Shakeel Rahman, Thomas C Wright Welsh Centre for Burns and Plastic Surgery, Swansea, UK

High-pressure injection (HPI) injuries are an uncommon mechanism of trauma. The clinical effects of the HPI injury depend upon a number of variables including the pressures involved, chemical toxicity, quantity of material injected and its temperature. Evidence within the literature has shown that delay in identifying and treating such injuries can lead to devastating consequences. We describe one such case of a HPI injury involving engine oil to a digit. In addition, we review the clinical course, pathophysiology and management of such injuries.

42 Thoracic aortic dissection presenting as acute coronary syndrome

BMJ Case Reports 2013; doi:10.1136/bcr-2013-201904

Emma Jackson1, Michael Stewart2 1Department of ICU, Blackpool Victoria Hospital, Blackpool, UK 2Department of Emergency, Lancashire Teaching Hospital, Preston, UK

A patient presented with symptoms consistent with non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) and was given appropriate antiplatelet and anticoagulant therapy. Despite treatment of the NSTEMI and fluid resuscitation the patient remained persistently hypotensive.

43 Multifocal necrotising fasciitis and septic shock complicating varicella infection in an adult

BMJ Case Reports 2013; doi:10.1136/bcr-2013-201984

Simon Mifsud1, Emma Louise Schembri1, Charles Mallia Azzopardi2, Maria Alessandra Zammit3 1University of Malta, Msida, Malta 2Department of Infectious Diseases, Mater Dei Hospital, Msida, Malta 3Department of Medicine, Mater Dei Hospital, Msida, Malta

A 35-year-old woman with a 3-day history of chickenpox, presented to the hospital in septic shock and with multifocal, non-adjacent lesions of necrotising fasciitis.

45 Hypertriglyceridaemic pancreatitis

BMJ Case Reports 2013; doi:10.1136/bcr-2013-201361

Jodie E Totten, Jonathan S Ilgen University of Washington, Seattle, Washington, USA

A man in his late 40s presented to the emergency department with epigastric abdominal pain radiating to his back.

46 Sonography of complex splenorenal injury following blunt abdominal trauma: haemorrhage into the perinephric space obscuring FAST visualisation of the kidney

BMJ Case Reports 2013; doi:10.1136/bcr-2013-202088

Gerard O'Connor, Jodie Elizabeth Doyle, Vinesh Ramiah, Tomás Breslin Department of Emergency Medicine, Mater Misericordiae University Hospital, Dublin, Dublin, Ireland

A 31-year-old gentleman presented in a critically injured state following a fall from a third floor height.

47 Emergency department ultrasound diagnosis of spontaneous iliopsoas haemorrhage in a patient on warfarin

BMJ Case Reports 2013; doi:10.1136/bcr-2013-201291

Devesh Sharma1, Ramy Saker2, Abha Govind3 1Department of A&E Medicine, Frimley Park Hospital, Camberley, UK 2Department of Emergency Medicine, Frimley Park Hospital, London, UK 3Department of Obstetrics and Gynaecology, North Middlesex University Hospital, London, UK

A 87-year-old man presented to the emergency department (ED) with right-sided abdominal and thigh pain which had been present for the last 3 days and was getting worse.

48 When a drug does more than it needs: angio-oedema, an important adverse effect

BMJ Case Reports 2014; doi:10.1136/bcr-2013-201200 Accepted 3 February 2014

Published 23 May 2014

Maria Betânia Ferreira, Sara M Rocha, José Miguel Maia, João Neves Department of Internal Medicine, Centro Hospitalar Porto, Porto, Portugal

A 77 -year-old man, with a history of arterial hypertension, hypercholesterolaemia and obesity, presented to our emergency department with acute swelling of the tongue. He was being treated with an ACE inhibitor and a statin for the past few years and had been tolerating both well. He denied cutaneous or abdominal symptoms but admitted to having had a similar but milder episode 4 months earlier, which was treated with corticosteroids and antihistaminic drugs.

49 Spontaneous ectopic tubal pregnancy after laparoscopic tubal sterilisation by segmental isthmic partial salpingectomy

BMJ Case Reports 2014; doi:10.1136/bcr-2013-203131 Accepted 20 February 2014

Published 22 March 2014

P Drakopoulos, O Julen, P Petignat, P Dällenbach Department of Gynecology and Obstetrics, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland

A 33-year-old woman with a history of tubal sterilisation, presented to our gynaecological emergency unit with acute abdominal pain and signs of peritonism. The first day of her last menstruation occurred 4 weeks and 4 days before.

---

50 Surviving acute cyanide poisoning: a longitudinal neuropsychological investigation with interval MRI

BMJ Case Reports 2014; doi:10.1136/bcr-2013-203025 Accepted 3 February 2014

Published 19 March 2014

Adith Mohan1,2, Teresa Lee2, Perminder Sachdev1,2 1Centre for Healthy Brain Ageing, School of Psychiatry, UNSW Medicine, University of New South Wales, Kensington, New South Wales, Australia 2Neuropsychiatric Institute, Prince of Wales Hospital, Randwick, New South Wales, Australia

We report the case of a 22-year-old woman who presented with self-poisoning by cyanide ingestion.

The Lancet

1 Recurrent ascites: a need to evaluate for hereditary angio-oedema

Dr Gabriella Gábos, MD Prof Daniela Dobru, MD Enikő Mihály, MD Noémi Bara, MD Cătălin Dumitrache, MD Ramona Popa, MD et al.

•Published:November 04, 2017•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32206-7•

A 34-year-old housewife, in the 15th week of her first pregnancy, was referred to the Romanian Hereditary Angioedema Centre in January, 2015, because she was worried about potential risks to her pregnancy from symptoms she had had for the past 20 years. At age 14 years she began experiencing recurrent swelling of her limbs that would resolve spontaneously after 2–3 days. Over the next few years she started to develop genital and then recurrent facial swelling, each episode lasting 3–4 days. One episode of facial oedema was accompanied by swallowing and breathing difficulties. Her mother also had a history of similar symptoms.

At age 20 years she started to have abdominal colicky episodes, associated with nausea and vomiting. Her abdominal symptoms became more frequent from the age of 28 years, with recurrent episodes of colicky pain associated with nausea, vomiting, and occasionally diarrhoea, with no peripheral oedema or respiratory symptoms.

---

2 Jaundice, abdominal pain, and fever in a young woman

Storm D Norman, BMBS Iain A Murray, MRCP Dushyant Shetty, FRCR Richard P Bendall, FRCPath Dr Harry R Dalton, DPhil

•Published:October 07, 2017•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31935-9•

A 23-year-old woman presented to the emergency department in December, 2016, with a 10-day history of vomiting, myalgia, and upper abdominal pain. 3 days before presentation she had seen her general practitioner who prescribed empirical clarithromycin, with no improvement in her symptoms, and 2 days later she developed jaundice and pruritus, prompting her attendance at our hospital. She had a history of ulcerative colitis with a pan-proctocolectomy and end ileostomy. She took no regular medication, rarely drank alcohol, and had no history of travel abroad or recent blood transfusions.

---

3 Maternal death from influenza in tropical Thailand

Pipat Thongnoi, MD Dr Prabda Praphasiri, PhD Fatimah S Dawood, MD Kim A Lindblade, PhD

•Published:February 04, 2017•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31334-4•

At 0033 h on Sept 9, 2015, a 17-year-old Thai woman, 33 weeks and 4 days into her first pregnancy and no medical history of note, presented to the emergency room of Phon Thong district hospital with a 1 day history of fever, cough, and sore throat.

---

4 Negative pressure pulmonary oedema with haemorrhage after 5-minute avalanche burial

Dr Paolo Glisenti, MD Julia Rakusa, MD Roland Albrecht, MD Markus M Luedi, MD

•Published:November 05, 2016•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31010-8•

In March, 2016, three ski freeriders were surprised by an avalanche at 2500 m above sea level. Two escaped, but a 31-year-old man with no medical history of note was buried under snow. His hand was left poking out of the snow so he was found easily and excavated after about 3–5 min. According to his fellow skiers, his head had been buried about 0·5 m. The patient reported never having lost consciousness and remembering his friends excavating him, but being unable to breathe because compacted snow had blocked his airways. When his face was uncovered he was cyanotic but conscious and able to clear his airway himself.

The helicopter emergency team arrived 12 min after the accident. He did not report having hit any rocks or objects during his burial under the snow. He reported no pain on thoracic compression.

---

5 Proximal pulmonary artery stenosis: a rare manifestation of granulomatosis with polyangiitis

Dr Pankaj Jain, MB Peter Ruchin, MB Joseph Suttie, PhD

•Published:June 04, 2016•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00584-5•

A 23-year-old man presented in June, 2015, with a 1-day history of acute onset progressive dyspnoea, but no cough, fever, or infective symptoms, orthopnoea, paroxysmal nocturnal dyspnoea, chest pain, or palpitations..

---

6 A pregnant woman with acute cardiorespiratory failure: dengue myocarditis

Thuy Duong Bich, MD Oanh Kieu Nguyet Pham, MD Duong Ha Thi Hai, MD Nguyet Minh Nguyen, MD Hao Nguyen Van, MD Trung Dinh The, PhD

•Published:March 28, 2015•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60239-2•

In April, 2014, a 29-year-old Vietnamese woman, 31 weeks into her fourth pregnancy, presented to a clinic in Ho Chi Minh City with a 2 day history of fever, dry cough, chest pain, and shortness of breath. She had a history of partial thyroidectomy for hyperthyroidism in 2012, and had had three miscarriages. She took 150 μg thyroxine daily and was a non-smoker.

7 Seizures and metrorrhagia: a case of denied pregnancy

Dr Julien Francisco Zaldivar-Jolissaint, MD David Bervini, MAdvSurg Mathilde Morisod Harari, MD David Baud, MD

•Published:February 28, 2015•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60032-0•

In March, 2014, a 19-year-old woman presented to the emergency department with nausea, vomiting, and prodromal nonspecific visual symptoms followed by transient loss of consciousness lasting a few minutes. Her parents reported spontaneously resolving generalised tonic–clonic convulsions. She had no medical history and denied substance abuse. She had ongoing metrorrhagia 3 weeks after regular menses and denied sexual activity.

8 Acute compartment syndrome secondary to rhabdomyolysis in a sickle cell trait patient

Dr Ali Ridha, MD Adnan Khan, MD Sarah Al-Abayechi, MD Vidya Puthenveetil, MD

•Published:December 13, 2014•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61944-9•

A 30 year-old African American man presented to the emergency department in North Chicago, Illinois, in May, 2014, complaining of 1 day of severe left leg pain, exacerbated by moving the leg. He had a history of sickle cell trait which had been diagnosed when he joined the US Navy and was doing boot camp as part of his basic naval training. After 3 weeks at boot camp the patient complained of constant sharp pain in his left shin, 10/10 in severity, that started suddenly while he was running the first lap of his daily exercise, and became so severe that he was unable to weight bear. Beforehand, he had been able to do the required physical exercise without any problems. The weather was not warm and he had been well hydrated and was wearing appropriate clothes for training.

9 A crazy cause of dyspnoea: pulmonary alveolar proteinosis

Shiraz Ellemdin, MMed Natalie J Roche, MMed

•Published:August 23, 2014•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61369-6•

In March, 2013, a 37-year-old woman presented to the emergency department with a 6 month history of worsening dyspnoea, fatigue, insomnia, and generalised body pains. She had no cough or haemoptysis, was a non-smoker, and had no background medical or surgical history or occupational risk factors for pulmonary disease. Before her admission she had been treated by different general practitioners with multiple courses of empirical antibiotics and bronchodilators without resolution of her symptoms.

10 “Haemorrhagic disease of the newborn” 89 years later than expected: vitamin K deficiency bleeding

Ryan Seguna, MRCP Kyaw Z Maw, MBBS Hamish D Lyall, FRCPath Prof Kristian M Bowles, PhD

•Published:August 09, 2014•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60999-5•

A man presented to the emergency department on his 89th birthday in early 2013 with 2 days of persistent bleeding from a minor scalp laceration sustained during a mechanical fall at home. He had undergone elective carpal tunnel release surgery 1 week before, which was followed by progressive swelling and bruising of the left hand. He had a history of idiopathic bile acid malabsorption diagnosed on selenium homocholic acid tauroselcholic acid (SeHCAT) scan, and was taking cholestyramine and vitamin D replacement but no other medication..

11 A fatal pasteurella empyema

Jamie M Kagihara, MD Nishal M Brahmbhatt, MD Dr Jonathan Paladino, PhD

•Published:August 02, 2014•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60922-3•

In August, 2013, a 60-year-old man from Honolulu with a history of hypertension, hyperlipidaemia, and 30 pack-years of smoking was admitted to our hospital after cardiac arrest. He had a 4 week history of body aches and cough productive of yellow sputum, but denied fever, chest pain, night sweats, rash, recent travel, or sick contacts. He had not received influenza or pneumovax prophylaxis. On the day of admission he suddenly became unwell with acute dyspnoea and diaphoresis, developing agonal respiration in the car on the way to hospital. Emergency Medical Services arrived to find that the patient was in pulseless electrical activity (PEA) arrest. Spontaneous circulation returned after 5 min of cardiopulmonary resuscitation, and the patient was intubated and taken to the emergency department.

12 Fever, night sweats, and abnormal liver enzymes

Prof Ami Schattner, MD Jacob Gotler, MD

•Published:July 26, 2014•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61180-6•

A 58-year-old man presented in February, 2014, to the emergency department with 3 weeks of fever and weight loss, and 1 week of drenching night sweats, upper abdominal pain, nausea, and vomiting. He had a history of hypertension and heavy smoking.

13 A 48-year-old woman with panic attacks

Konrad F Schlicht, MD

Klaus Mann, MD Florian Jungmann, MD Joachim Kaes, MD Felix Post, MD Thomas Münzel, MD

•Published:July 19, 2014•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60882-5•

A 48-year-old woman presented to our psychiatric emergency room with panic attacks. Her last attack, with anxiety and restlessness, had occurred 2 h before presentation. On arrival she denied somatic symptoms and asked for alternative treatment options to the anxiolytic drug opipramol,

which had been prescribed by her general practitioner. A psychiatrist had confirmed the diagnosis of panic attacks and recommended an increase in dosage 1 week before presentation.

Her panic attacks began 5 weeks previously, after surgery for right ankle fracture. Her right ankle was immobilised in a boot cast, and she was having 40 mg subcutaneous enoxaparin daily as thromboprophylaxis. The panic attacks occurred about twice per week at night, characterised by waking from sleep with intense restlessness, generalised anxiety, perception of threat, dizziness, and sweating. She also reported irritable mood, spontaneous weeping, inability to focus, and a mild but permanent restlessness. Psychological stress factors were recent self-employment and her mother's terminal illness. Her psychiatric history consisted of one episode of post-partum depression 12 years earlier, with no history of panic attacks or anxiety disorders.

None of the panic attacks was accompanied by dyspnoea, chest pain, cough, or haemoptysis. Noting the time association between the onset of attacks and the patient's ankle fracture, the psychiatrist on call took a detailed history, and noticed that the last attack was preceded by shortness of breath and pallor on standing, with intense restlessness and anxiety.

---

14 Flushing, fatigue, and recurrent anaphylaxis: a delayed diagnosis of mastocytosis

Theo Gülen, MD Hans Hägglund, MD Sven-Erik Dahlén, MD Birgitta Sander, MD Barbro Dahlén, MD Dr Gunnar Nilsson, PhD

•Published:May 03, 2014•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60585-7•

In May, 2008, a 41-year-old man was referred to our allergy clinic with recurrent spells of severe flushing, malaise, nausea, palpitations and dizziness, with no known trigger. Since the first attack in April, 1988, he had consulted several doctors, undergoing extensive medical assessment, which excluded metabolic, cardiovascular, psychological, and neurological disease. From the outset the patient had recorded 97 attacks and classified them according to severity. Most incidents were mild, but he was taken to the emergency room needing epinephrine or corticosteroids six times, was occasionally unconscious, with faecal incontinence, and was admitted to intensive care twice.

The patient described an episode as “Everything begins with a vague feeling of nausea, followed rapidly by an increase in heart rate. My pulse can become as high as 150 beats per min”. Initial symptoms often lasted 10 min, and were followed by tingling of the tongue, sweating, and flushing of the face and the trunk. Occasionally he had severe vomiting. The duration of symptoms varied, with a severe attack lasting more than 30 min. Afterwards he often had severe headache, chills, persistent nausea, and swelling of the mouth and tongue, lasting for several hours. Seizures were never reported.

---

15 Flank pain caused by slipping rib syndrome

Dr Marcello Migliore, PhD Maria Signorelli, PhD Rosario Caltabiano, MD Eugenio Aguglia, MD

Published:February 27, 2014•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60156-2•

In November, 2011, a 21-year-old woman, while jogging, felt a sudden intolerable left lower chest pain that forced her to stop. The pain did not radiate, but was exacerbated by movement. She was assessed in the emergency room. The patient stated that she took no medications; medical history included rhinitis, appendectomy, and a motor vehicle accident 5 years earlier which caused contusion of the right knee.

---

16 A novel claudin-16 mutation, severe bone disease, and nephrocalcinosis

Luxme Nadarajah, MRCP Maryam Khosravi, MRCP Simona Dumitriu, MD Enriko Klootwijk, PhD Prof Robert Kleta, PhD Prof Muhammad M Yaqoob, FRCP

•Published:January 04, 2014•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62673-2•

In Feb, 2013, a 26-year-old Pakistani male student came to the emergency department with two self-terminating tonic-clonic seizures. He reported a 3 month history of lethargy, weight loss, polyuria, and polydipsia. He had no notable past medical history and did not take any regular medication. His parents, first cousins, were well. He had seven siblings: three brothers died in infancy and one sister died in her 30s from an undetermined kidney problem. No further clinical information was available because his family lived in Pakistan.

17 Acute compartment syndrome after minor trauma in a patient with undiagnosed mild haemophilia B

Gareth Jones, MSc Kate Thompson, MSc Prof Mark Johnson, PhD

•Published:November 16, 2013•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61954-6•

In March, 2013, a 25-year-old man came to the university sports injury clinic with an injury to his right thigh after a mid-air collision with an opposition soccer player during a match the previous day. He had no visible signs of bruising, but substantial swelling of the lower thigh with increased thigh girth. Pain was 90 mm on a 100 mm visual analogue scale (VAS), with no symptoms of paraesthesia. Range of knee flexion was severely restricted.

18 Obstructing broncholith

Dr Vaibhav Kumar, MBBS Karthik Santhanakrishnan, MBBS

•Published:November 02, 2013•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61743-2•

In June, 2012, a 67-year-old man came to our Accident and Emergency department in acute respiratory distress. He had recently completed a course of antibiotics for a dry non-productive cough while on holiday, with minimal resolution of symptoms. On the flight home, his shortness of breath deteriorated and he developed left-sided pleuritic chest pain. He reported no history of weight loss, fevers, night sweats, or haemoptysis. The patient reported intermittent wheeze for the preceding 2 years. He had been given a diagnosis of late onset asthma in the community. There were no clear allergy or trigger factors for asthma. He had been treated for pulmonary tuberculosis 38 years ago, with further treatment for reactivation 5 years earlier. He stated that he had completed the full 6 months of anti-tuberculosis treatment. He has type 2 diabetes, and is prescribed insulin.The patient appeared distressed and tachypnoeic.

19 First confirmed case of Crimean-Congo haemorrhagic fever in the UK

David A Barr, MRCP Celia Aitken, FRCPath David J Bell, PhD Colin S Brown, MRCP Ian Cropley, FRCP Naghum Dawood, MRCP

•Published:October 26, 2013•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61718-3•

In October, 2012, a 38-year-old Afghan man presented to an emergency department in Glasgow, UK, 2 h after returning on a flight from Kabul via Dubai, after a 3 week stay in Afghanistan,

where he had attended a wedding in Samangan Province. His symptoms had started 5 days before presentation and included fever, epigastric pain, bloody diarrhoea, and haematemesis.

20 Delayed haemoptysis from explosive device fragments

A McD Andrew McDonald Johnston, MBChB Andrew T West, MBBS Jonathan M Kendrew, MBBS Richard S Steyn, MBChB Maninder S Kalkat, MBBS Tim R Graham, MD

•Published:September 28, 2013•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61651-7•

A male soldier aged 32 years was injured by an improvised explosive device buried in a river bank in Helmand Province, Afghanistan. He sustained multiple right sided fragment injuries to the thorax and limbs. He was evacuated by helicopter to a military hospital.

21 Profound anaemia and acute blindness in a Jehovah's Witness

Anne Bretagnol, MD Jérôme Tamburini, MD Mikael Guedj, MD Charlotte Denier, MD Dr Frédéric Pène, MD

•Published:September 14, 2013•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61443-9•

A 28-year-old man was admitted to our intensive care unit for profound anaemia associated with multivisceral impairment. He was a Jehovah's Witness and had been diagnosed with severe aplastic anaemia 1 month earlier.

22 Intussusception detected with ultrasound in a resource-limited setting

Lori Ann Stolz, MD Hilary KizzaKevin Little, BS Joseph Kasekende, MB

•Published:June 08, 2013•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60690-X•

In May, 2012, a vomiting and weak 5-month-old male baby was brought to the emergency department of Karoli Lwanga Hospital in rural Uganda. The child had been seen for malaria at an outside clinic for several days. Despite treatment, his malaise and vomiting had progressed, with new symptoms of abdominal distension and one episode of bloody stool.

23 Traumatic brain injury and fracture

Oskar Ek, MD Madeleine Muhr, MD Prof Anna-Lena Hulting, PhD Karl-Åke Jansson, PhD

•Published:March 09, 2013•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62173-4

In December, 2007, an 18-year-old man was hit by a car while walking, and was admitted to our hospital. He was managed according to the principles of advance trauma life support.

24 A moribund athlete

Alia Noorani, MRCS Alain Vuylsteke, FRCA Clive Lewis, MRCP Jayan Parameshwar, FRCP Pedro Catarino, FRCS

•Published:July 07, 2012•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60910-6

In December, 2011, a 39-year-old woman presented to the local emergency department complaining of a 1-day history of vomiting and abdominal pain. She had had three or four episodes, with no infective prodrome. She was a physiotherapist and a competent long-distance runner; 2 days earlier she had run a 5 km race, and that morning had done her daily exercise workout.

25 Return of the usual suspect

P Elliott Miller, BS Erin Zurflu, BS Dr C Komal Jaipaul, MD

•Published:June 18, 2011•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60443-1

In October, 2010, a 76-year-old woman born in the USA presented to our emergency department complaining of a severe sore throat and painful swallowing. She reported having had a non-productive cough without haemoptysis 1 month previously. The cough resolved, but a sore throat then developed. At the time she was assessed by her general practitioner and specialists in the emergency and otolaryngology departments, who diagnosed pharyngitis and recommended conservative management. Her odynophagia progressed until she was unable to eat solid foods, prompting her to present to our hospital. She denied fevers, chills, night sweats, myalgias, dysphonia, dyspnoea, or dysphagia but did report a 7 kg weight loss. She also reported occasional tobacco and alcohol use.

26 Delirious deficiency

Dr Robin Quesenberry Olsen, MD Joanna T Regis, MD

•Published:October 16, 2010•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61010-0

In July, 2007, a 21-year-old man presented to our emergency department with delirium. He had a 3-month history of poor appetite; he said that this was due to difficulty swallowing and his brain “monitoring” his food. He also gave a history of double vision, drooping eyelids, tinnitus, shortness of breath, forgetfulness, and generalised weakness. He had become depressed 6 weeks before admission and had lost 15 kg in weight since then. He had no relevant medical history, no history of substance abuse, and no family history of illness.

27 How many lives does an ulcerative colitis patient have?

Prof Daniel C Baumgart, MD

•Published:September 11, 2010•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60955-5

In May, 2009, a 41-year-old man presented with continuous rectal bleeding. 9 days before this presentation he had been diagnosed with ulcerative colitis after investigations for bloody diarrhoea (with more than 20 stools per day), and abdominal cramps.

28 A cheesy diagnosis

Erika Wisanto, MD Mathieu D'Hondt, MD Raymond Aerts, PhD Prof Karel Geboes, PhD Prof Gert De Hertogh, PhD Prof Xavier Sagaert, PhD

•Published:August 14, 2010•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60875-6

In September, 2009, a 31-year-old woman presented to our emergency room with a 3-day history of severe abdominal pain. 3 weeks before admission she had undergone a caesarean section to deliver her second child. She had no nausea, anorexia, vomiting, or fever.

29 Cough syncope—a diagnosis under pressure

Annette Maznyczka, MBChB

Prof Ian B Squire, MD

•Published:August 07, 2010•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60754-4

In December, 2008, a 54-year-old man presented to our emergency department after a syncopal episode while reversing his car. He had had no warning symptoms and the brief loss of consciousness was followed by full recovery. He gave a 6-week history of similar episodes, each lasting 2–5 minutes. All episodes were followed by rapid recovery; however, he had little recollection of the events. He also reported a recent unproductive cough, for which he had received a course of antibiotics. He was otherwise well, and had no chest pain, shortness of breath, or palpitations.

The following morning, our patient's wife confirmed that on several occasions he had briefly lost consciousness, with no features to suggest seizures. Such episodes had occurred without obvious precipitants. A more detailed history from our patient revealed that over the previous 6–8 weeks, he had experienced presyncope, headaches, and syncope triggered by coughing.

30 White phosphorus burn

Loai Nabil Al Barqouni Sobhi I Skaik, FRCSEd Nafiz R Abu Shaban, MSc Nabil Barqouni, CABP

•Published:July 03, 2010•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60812-4

In January, 2009, an 18-year-old man presented to the emergency department after suffering an attack with an incendiary shell. He had many painful patches of full-thickness burns, which were surrounded by sloughed tissue. His wounds covered 30% of his body surface area, and were distributed on both upper and lower limbs, and his right shoulder. There were no signs of inhalation burns.

31 A life-threatening sore throat masquerading as swine flu

Vanessa Kahr, MRCP Nicholas A Barrett, FJFICM Manu Shankar-Hari, FRCA Hannah Slack, MRCP Rebecca L Preston, FRCR Caoimhe Nic Fhogartaigh, MRCP

•Published:February 06, 2010•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61875-4

A previously healthy 17-year-old woman presented to our emergency department in August, 2009, complaining of sore throat, headache, neck stiffness, and left ear pain. Her symptoms had started 10 days earlier with sore throat, fever, and vomiting. On day 2 she telephoned the national Swine Flu Helpline and was advised to stay at home and take oseltamivir for suspected pandemic H1N1 influenza infection, which she declined. She attended her general practitioner's surgery with purulent left ear discharge (day 6), but was sent home in view of potential influenza infection. Her doctor assessed her later that day, and prescribed gentamicin ear drops and later oral ciprofloxacin (day 8). On day 10 she attended our emergency department.

32 Time to revisit mumps vaccination in Japan?

Dr Toru Sasaki, MD Koichi Tsunoda, MD

•Published:November 14, 2009•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61341-6

In June, 2008, a 30-year-old Japanese man presented to our emergency department with a sore throat and fever. The previous day he had been to a local clinic and prescribed antibiotics and non-steroidal anti-inflammatory drugs. However, treatment was ineffective and his fever increased (up to 38·1°C). He had a fever (38·0°C), was hoarse, and had difficulty speaking. His neck was very swollen with redness of the skin. There was no rash.

33 Green urine, but no infection

Mattheus DM Bolmers, MD Gabor E Linthorst, Dr, MD Maarten R Soeters, MD Yung C Nio, MD Johannes J van Lieshout, MD

•Published:October 31, 2009•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61295-2

In September, 2007, an unconscious 88-year-old woman was brought to the emergency room. She had undergone a hysterectomy and radiotherapy because of carcinoma of the cervix 30 years previously; 10 years later she had developed neurogenic bladder dysfunction, requiring intermittent self-catheterisation. She had had mild renal insufficiency and mild hydronephrosis unilaterally, because of ureteric obstruction following the irradiation. Her medical history also included bilateral femoral artery angioplasty, a transient ischaemic attack, and group B streptococcal endocarditis with remaining mild mitral valve insufficiency. Medications included an ACE-inhibitor, aspirin, and dipyridamole for the past 4 years.

34 The hyponatraemic hairdresser: highlighting the differentials

Dr William G Herrington, MRCP Mohammad H Al-Mossawi, BMBCh Ian S Roberts, FRCPath Chris A O'Callaghan, FRCP

•Published:October 17, 2009•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61198-3

In May, 2008, an 18-year-old trainee hairdresser presented to her general practitioner with a 2-month history of weight-loss and polyuria. In response to comments from her peers about her weight, she had partially starved herself during the preceding week and consumed large volumes of soft drinks. There was concern about an eating disorder and blood tests were taken. However, before the results were available, she became confused and developed tonic-clonic seizures at home.

35 Cyanide poisoning in Taiwan

Dr Dong-Zong Hung, MD Yu-Tse Tsan, MD Yi-Jung YuChia-Lung Hsu, MT

•Published:October 03, 2009•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61033-3

In May, 2005, a 32-year-old woman lost consciousness soon after drinking a non-alcoholic beverage. She was transported to hospital within 5 min, found to be unresponsive, and intubated.

36 Bang! The smoker with suprapubic pain

Thomas Wolff, MD Judith Leupold, MD Dr Reto Nüesch, MD

•Published:July 11, 2009•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60869-2

In July, 2006, a 59-year-old man from Macedonia presented with a 6-week history of progressive suprapubic pain. The pain was chronic with sharp episodes, and radiated to the back. He also had loss of appetite, recurrent episodes of nausea, 6 kg weight loss, periods of drenching sweats, and experienced burning sensation when urinating. He was a heavy smoker (80 pack-years).

37 Refractory pneumonia and high fever

Prof Fernanda Falcini, MD Agata Vitale, MD Francesco La Torre, MD Giovanni Conti, MD Prof Carmelo

Prof Giuseppina Calcagno, MD

•Published:May 23, 2009•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60694-2

In June, 2008, a previously healthy and fully immunised 30-month-old girl was seen by her GP with a 7-day history of fever (temperature up to 40°C). Physical examination was consistent with pharyngitis, and amoxicillin was prescribed. The fever persisted and the child developed a productive cough, so she was admitted to our emergency department. On presentation, she was febrile, irritable, tachypnoeic, and tachycardic with a blood pressure of 110/60 mm Hg.

38 Cunning and community-acquired pneumonia

Dr Emma Broadfield, DM Neelam Doshi, FRCPath Peter DG Alexander, FRCA Melanie Greaves, MRCR Prof Ashley Woodcock, FMedSci

•Published:January 17, 2009•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60074-X

On January 11, 2008, a 23-year-old Estonian woman, who had been working in the UK for over 2 years, was admitted to our emergency department. For 2 days, she had had a flu-like illness, with breathlessness, haemoptysis, and pleuritic chest pain. She was now finding it difficult to breathe. She was 32 weeks' pregnant with her first child. She had had no recent contacts with health care, other than routine antenatal assessments.

39 Unexplained seizures in an infant

Dr Marinella Astuto, MD Carmelo Minardi, MD Giuliana Rizzo, MD Prof Antonino Gullo, MD

•Published:January 03, 2009•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61958-3

In June, 2004, a girl was delivered by caesarean section, at 38 weeks, after the placenta became detached. When she was 2 months old, the girl was brought to hospital with generalised tonic-clonic seizures, tremors in arms and legs, hypotonia, and inconsolable crying. The girl's mother, a housewife (the father was a farmer) was prescribed amitriptyline for postnatal depression and tension headache; we knew of no other family history of neurological illness.

40 Baby-walkers: an avoidable source of hazard

Hemmen Sabir, MD Prof Ertan Mayatepek, MD Jörg Schaper, MD Dr Daniel Tibussek, MD

•Published:December 06, 2008•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61844-9

In April 2006, an 11-month-old girl was playing in a baby-walker, when she fell down 15 stairs. Her parents heard the noise, and ran to investigate. They saw that the girl had a nosebleed (which lasted less than 1 min), and a small bruise on her forehead. However, she remained fully alert, and did not seem to have sustained any serious injury. Her parents thought she just needed a rest. However, because she appeared increasingly "apathetic", they changed their minds, and took her to the emergency department of her local hospital: she arrived 1 h after the accident. Doctors found no evidence of serious injury or neurological damage.

41 No fire without smoke

Prasanna Puwanarajah, MB ‡Dr Asif Ali, MRCP ‡Colin Clelland, FRCPath Maggie S Hammersley, FRCP

•Published:September 20, 2008•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61453-1

In February 2006, an 80-year-old woman, born in India, who migrated to the UK in the 1960s, was brought to our emergency department by ambulance. She had shortness of breath, which had been present for 2 months, and gradually worsened, to a point where she was breathless at rest. She spoke little English, but her sons interpreted for her. She had symptomatically mild ischaemic heart disease, hypertension, and type 2 diabetes, and was taking isosorbide mononitrate, dipyridamole, aspirin, allopurinol, simvastatin, ferrous gluconate, furosemide, and gliclazide. She had never smoked.

The patient had no fever, but was markedly dyspnoeic, and wheezing, at rest.

42 Stranded in San Francisco

Dr Neelendu Dey, MD Tamim M Nazif, MD Bradley Sharpe, MD

•Published:September 13, 2008•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61410-5

In August, 2005, a 51-year-old unemployed, divorced man was brought by ambulance to our emergency department, after being found unconscious in the hallway of the hotel where he lived alone. On arrival at hospital, he had regained consciousness. He reported that small purple patches, which were not painful or itchy, had appeared on his left buttock a month before; the patches had grown, and coalesced into a large "bruise" that extended down his leg. The patient also reported severe light-headedness, and daily episodes of fainting on exertion. The patient had not received medical care for several years. He reported no previous illness, and was taking no medications. He denied using illicit drugs or consuming alcohol.

43 Seizures, hyponatraemia, and "poison"

Dr Tilman Drescher, MD Prof Theresia Klima, MD Jürg Schifferli, MD

•Published:June 21, 2008•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60923-X

In May, 2007, a 63-year-old woman vomited, collapsed, had a seizure, and lost consciousness. She was intubated at home before being brought to our hospital by ambulance.

44 Sinister hiccups

Dr Yuu Yamazaki, MD Tomohito Sugiura, MD Katsumi Kurokawa, PhD

•Published:May 03, 2008•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60660-1

In August, 2007, a 75-year-old man suddenly lost consciousness, and was brought by ambulance to the emergency department at our hospital. He had a history of angina and hypertension; in 2003, he had had an intracerebral haemorrhage, in the left frontotemporal region: he had mild persistent expressive aphasia. However, according to his wife, he had been well until, 2 h before she called the ambulance, he took, for the first time, his new medicine: “a white tablet”. On the previous day, he had gone to a local hospital, having been hiccupping non-stop for 4 days, and had been prescribed clonazepam, in 1 mg tablets. His other medications were valsartan and amlodipine.

---

45 Near-fatal sore throat

Dr Tun-Yen Hsu, MD Ting-Chou Tsai, MD Chuan-Chien Yang, MD Tzer-Zen Hwang, MD Chih-Chieh Tseng, MD Chih-Chun Wang, MD

•Published:March 29, 2008•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60490-0

In September, 2005, a 41-year-old man came to our emergency department with a sore throat. Swallowing had been difficult and painful for 2 days. He also felt short of breath, especially when lying down. He had been given antibiotics by his primary-care physician, but these had been ineffective. The patient had misused alcohol for years, and had hepatitis B. He had cirrhosis, and had bled on several occasions from oesophageal varices

---

46 In-laws, insecticide—and a mimic of brain death

Dr John Victor Peter, FRACP Appaswamy T Prabhakar, MB Kishore Pichamuthu, MD

•Published:February 16, 2008•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60273-1

In December, 2006, a 28-year-old woman from Andhra Pradesh, India, impulsively swallowed 50 mL of phorate (a diethyl organophosphorus insecticide) after quarrelling with her husband's family, with whom she lived. Her in-laws saw her vomit and briefly lose consciousness—and, suspecting what she had done, took her by moped to a local hospital. The patient was given gastric lavage, before being transferred by ambulance to the emergency department at our hospital, 400 km away. Her giddiness and vomiting had persisted, and she now also had abdominal pain; but she was stable.

5 h after arrival, the patient became increasingly breathless;

---

47 Multi-organ failure after a glucagon test

Dr Jeanine Roeters van Lennep, MD Prof Johannes A Romijn, MD Hubertus IJ Harinck, MD

•Published:March 03, 2007•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60365-1

In November, 2005, a glucagon test (1 mg intravenously) was done in a lean 43-year-old man to measure his insulin reserve as part of the assessment of recently diagnosed type 2 diabetes mellitus. He was taking glimepiride 2 mg daily and metoprolol 50 mg daily for mild hypertension. 12 h after the test he presented to the emergency department with dyspnoea and haemoptysis.

---

48 A cool case: hypothermia and adrenal failure

Dr Mathis Grossmann, MD Duncan J Topliss, MD

•Published:December 16, 2006•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69866-8

On a cold winter's day in June, 2004, a 68-year-old woman was found on the floor of her unheated house by a relative who last had contact with her 28 h previously, when she complained of cough and diarrhoea. There was no significant medical history and she did not take any regular medications.

49 Suppurative thyroiditis

Brian Dunham, MD Theresa L Nicol, MD Masaru Ishii, MD Dr Shehzad Basaria, MD

•Published:November 11, 2006•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69706-7

In November, 2002, a 61-year-old woman presented to the emergency room with a 1 week history of sore throat, low-grade fever, tender anterior neck swelling, and odynophagia. She had taken cefalexin for 5 days. On admission, she was afebrile, alert, and conversing fluently, but was notably hoarse. Although she was alert and oriented, her husband reported a subtle cognitive decline.

50 A case of breast carcinoma, chemotherapy, and acute appendicitis

Sheng-Der Hsu, MD Shao-Jiun Chou, MD Huan-Fa Hsieh, MD Prof Jyh-Cherng Yu, MD

•Published:September 16, 2006•DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69419-1

In May, 2006, a 51-year-old woman, with a history of infiltrating ductal carcinoma of the breast, presented with atypical symptoms of acute appendicitis. She had undergone a modified radical mastectomy 4 months earlier and had received four courses of chemotherapy (cyclophosphamide, doxorubicin, and fluorouracil). After the fourth course of chemotherapy, she developed a dull low abdominal pain, lasting 3 days.

The New England Journal of Medicine – NEJM

1 Case 31-2018: A 37-Year-Old Man with a Self-Inflicted Gunshot Wound

Chana A. Sacks, M.D., M.P.H., Shahmir Kamalian, M.D., Peter T. Masiakos, M.D., George A. Alba, M.D., and Eva D. Patalas, M.D.

A 37-year-old man was admitted to the surgical intensive care unit (ICU) of this hospital because of a self-inflicted gunshot wound.

The patient had been in his usual state of health until 2 days before admission. That evening, while he was at home with his family, he reportedly was drinking alcohol and appeared to be upset. He left the room. Shortly after midnight, his wife heard a gunshot. She found the patient slumped forward in a chair in the kitchen, next to his AR-15 semiautomatic rifle, with severe facial injuries. He was conscious and responded appropriately to questions by nodding and shaking his head. The patient’s wife called emergency medical services, and the patient was transported to the emergency department of a local hospital

2 Case 30-2018: A 66-Year-Old Woman with Chronic Abdominal Pain

Anna K. Rubin, M.D., Kristine S. Burk, M.D., Kyle Staller, M.D., M.P.H., Hiroko Kunitake, M.D., Gregory K. Robbins, M.D., M.P.H., and Vikram Deshpande, M.D.

A 66-year-old woman presented to a community health center affiliated with this hospital for an initial evaluation and to establish care with a primary care provider.

The patient had been in her usual state of health until 5 months before presentation, when fevers and throbbing pain in the left ear and on the left side of the face developed. The pain radiated to the jaw and was associated with neck stiffness and tinnitus. The fevers and neck stiffness resolved without specific treatment, but the ear and facial pain persisted and did not diminish with the use of acetaminophen.

On presentation to the community health center, the patient reported an intentional weight loss of 7 kg during the 6 months before presentation, which she attributed to changes in her diet. She had no fever, night sweats, rash, chest pain, or shortness of breath. She had a history of hypertension and dyslipidemia. Dull, waxing and waning pain in the left side of the abdomen, which had begun after the birth of her youngest child, had not changed in location, quality, or intensity during the past 30 years.

Two years before presentation to the community health center, episodes of epigastric pain had developed. The pain was burning in quality, radiated toward the chest, occurred most frequently after meals, and was associated with diarrhea. She reported no dark stools, fevers, chills, or sick contacts.

---

3 Case 21-2018: A 61-Year-Old Man with Grandiosity, Impulsivity, and Decreased Sleep

John B. Taylor, M.D., Laura M. Prager, M.D., Nadia V. Quijije, M.D., and Pamela W. Schaefer, M.D.

Dr. Samuel J. Boas (Psychiatry): A 61-year-old man was brought to the emergency department of this hospital by his family because of concerns about grandiosity, impulsivity, decreased sleep, and increased alcohol use.

The patient had a history of alcohol-use disorder; he had started drinking heavily in his 20s. Sixteen years before this presentation, he was involved in a high-speed motor vehicle accident. He was admitted to this hospital because of multiple traumatic rib fractures with pneumothoraxes.

Eight years before this presentation, the patient was evaluated for an episode of severe depression; an unspecified antidepressant medication was prescribed, but he declined to follow up with psychiatry. Four years before this presentation, during a period in which he reportedly felt impulsive, he was arrested three times within 2 weeks for driving under the influence of alcohol; he was sentenced to jail and was forced to surrender his driver’s license. Thereafter, he abstained from drinking alcohol and participated in an intensive outpatient program and Alcoholics Anonymous. He was referred to a psychiatrist for persistent severe depression, but he declined to attend the appointments. His primary care physician initiated several trials of antidepressants, including selective serotonin-reuptake inhibitors and serotonin–norepinephrine reuptake inhibitors, but the treatments had no clear benefit.

One year before this presentation, the patient was admitted to a second hospital after he had a fall in the context of acute weakness and numbness of an arm and leg.

Three months before this presentation, after 3.5 years of sobriety, the patient began to drink 1 pint of vodka per day. A few days after resuming alcohol intake, the patient noted dyspnea and presented to the second hospital, where atrial flutter was detected.

The next month, during a period in which the patient reportedly felt reckless and out of control, he borrowed his wife's car and drove for the first time since surrendering his license. He lost control of the car and crashed into a barn, sustaining spinal fractures that necessitated the use of a cane. During the same period, the patient was also noted to spend impulsively, to need less sleep, and to be increasingly physically and verbally abusive toward family members. He was seen by his primary care physician, who thought that his affect was manic, representing a marked change from his baseline of depression.

One month before this presentation, the patient reportedly had increased energy, irritability, a euphoric mood, and a decreased need to sleep. He was spending impulsively, including $25,000 on home renovations that were viewed to be unnecessary by his family. The patient increased his consumption to more than 1 pint of vodka daily. He was evaluated by a psychiatrist at another institution, and a diagnosis of bipolar disorder was considered. Lurasidone was prescribed, but the patient took it for only 10 days.

Three days before this presentation, the patient traveled to Boston by bus and taxi from his home state. He checked into several hotels, gambled, shopped extravagantly, and invited strangers for a steak dinner. He ran out of money and contacted friends and family in Boston, including his son, for money. Although the patient threatened to assault his son, his son brought him to the emergency department at this hospital.

On presentation, history was obtained from the patient, as well as his wife and son. The patient reported having a high energy level and racing thoughts and needing to sleep only 3 hours per night. He had no weakness, numbness, vision changes, headache, dysarthria, dysphagia, or hallucinations. He reported no fever, abdominal pain, chest pain, palpitations, or dyspnea. He had not had a previous psychiatric hospitalization.

The patient's father had had one psychiatric hospitalization for an unclear diagnosis and had died of stomach cancer; the patient's brother had schizophrenia, and his mother had died of heart failure. There was no family history of substance-use disorder, stroke, or suicide. The patient reported no illicit-drug use and had smoked 1 to 2 packs of cigarettes daily for 40 years. He had been born and raised in the Boston area and had completed community college before working as a sales manager. He lived with his wife in New England and had two adult children living near Boston.

---

4 A Sickening Tale

Greta Lindenmayer, M.B., B.S., Kerry Hoggett, M.B., B.S., Jim Burrow, M.B., B.S., Diane Howard, M.B., B.S., and Henrik Falhammar, M.D., Ph.D.

A 44-year-old man presented to the emergency department with presyncope after 3 days of profuse vomiting and nonbloody diarrhea. He was hypotensive. Venous blood gas measurements showed a pH of 7.29, bicarbonate level of 17 mmol per liter, sodium level of 127 mmol per liter, potassium level of 2.5 mmol per liter, chloride level of 102 mmol per liter, and glucose level of 286 mg per deciliter (15.9 mmol per liter).

The patient had no relevant medical history and took no medications. He consumed alcohol occasionally and reported no use of illicit drugs. He lived alone on a remote property in the

Northern Territory of Australia and worked with animals, including cattle, buffalo, pigs, and crocodiles. He had occupational exposure to chlorpyrifos (an organophosphate pesticide) and herbicides, including metsulfuron methyl and 2,4-dichlorophenoxyacetic acid (2,4-D). He had no known exposure to arsenical pesticides. He did not wear protective equipment and often walked barefoot. His heels had become dry and cracked 3 weeks before his illness, and in the 2 weeks before presentation he had been wading through cattle yards after monsoonal rains and had been drinking from freshwater dams.

---

5 Case 15-2018: An 83-Year-Old Woman with Nausea, Vomiting, and Confusion

Melissa L.P. Mattison, M.D., Victorine V. Muse, M.D., Leigh H. Simmons, M.D., Christopher Newton-Cheh, M.D., M.P.H., and Rory K. Crotty, M.B., B.Ch., B.A.O.

An 83-year-old woman was admitted to this hospital in the winter because of nausea, vomiting, diarrhea, and confusion.

One week before admission, rhinorrhea, sore throat, and nonproductive cough developed. The patient felt feverish but did not measure her temperature at home. No family members or recent contacts had been ill. Two days before admission, nausea, vomiting, and diarrhea developed. One day before admission, the patient asked her daughter repetitive questions and appeared to not recognize family members. On the day of admission, the patient reported global weakness and was brought by her daughter to the emergency department of this hospital for evaluation.

In the emergency department, the patient reported no headache, changes in vision, chest pain, shortness of breath, or abdominal pain. She had a history of rheumatic heart disease, with mitral-valve stenosis and regurgitation, atrial fibrillation, and heart failure with a preserved ejection fraction of 60%. Other medical history included osteoporosis, compression fracture of thoracic vertebrae, and chronic kidney disease. Fifteen years earlier, she had undergone open mitral-valve commissurotomy and ring annuloplasty, procedures that were complicated by the development of recurrent severe mitral-valve regurgitation, which led to pulmonary hypertension, right ventricular dilatation and hypokinesis, and severe tricuspid-valve regurgitation. Nine years earlier, she had undergone bioprosthetic mitral-valve replacement and tricuspid-valve reconstruction with annuloplasty, with placement of a permanent pacemaker for persistent atrial fibrillation with bradycardia. Eight years earlier, transthoracic echocardiography had revealed a well-seated prosthetic mitral valve, an annular ring in the tricuspid position, mild tricuspid-valve regurgitation, and normal right ventricular size and function. In addition, 10 years earlier, a cholecystectomy had been performed.

The patient lived at home with one of her grown children, was independent in activities of daily living, and walked for 30 minutes daily. Medications included furosemide, spironolactone, metoprolol, digoxin, and warfarin. She took her daily medications from a pillbox organizer that her daughter filled on a weekly basis. The patient was born in Uganda but had moved to New England when she was 64 years of age to live with her children. She did not smoke tobacco, drink alcohol, or use illicit drugs.

---

6 Case 13-2018: A 53-Year-Old Man with Cardiomyopathy and Recurrent Ventricular Tachycardia

Joshua C. Ziperstein, M.D., Timothy W. Churchill, M.D., Sandeep S. Hedgire, M.D., G. William Dec, M.D., and James R. Stone, M.D., Ph.D.

A 53-year-old man was admitted to this hospital because of shock and recurrent ventricular tachycardia after defibrillator placement for nonischemic cardiomyopathy.

The patient had been in his usual state of health until 4 weeks before this admission, when he was on vacation in the Caribbean and his wife noted that he was unresponsive, “gurgling,” and diaphoretic in the early morning. When he awoke, he reported chest pain, palpitations, and light-headedness. The patient was taken by ambulance to a local hospital,

---

7 Case 12-2018: A 30-Year-Old Woman with Cardiac Arrest

Joshua N. Goldstein, M.D., Ph.D., David M. Dudzinski, M.D., Timothy B. Erickson, M.D., and Grace Linder, M.D.

A 30-year-old woman was brought to the emergency department of this hospital because of cardiac arrest.

On the morning of this presentation, the patient was found unresponsive in her bedroom. Her mother called emergency medical services (EMS) at 8:45 a.m. and initiated cardiopulmonary resuscitation (CPR), which was continued by first responders from the fire department on their arrival. The cardiac rhythm was assessed with an automated external defibrillator, and a shock was delivered. EMS personnel who could provide advanced life support arrived at 8:54 a.m. and found the patient to be pulseless. CPR was continued, and intraosseous access was established. Electrocardiography performed with an external monitor and defibrillator reportedly revealed wide-complex bradycardia. CPR was continued, the trachea was intubated, and sodium bicarbonate, epinephrine, and calcium chloride were administered intraosseously. Spontaneous circulation returned.

On the patient’s arrival in the emergency department, the available history was limited. The patient’s mother reported that the patient drank alcohol in a binge pattern and had appeared to be intoxicated the previous evening but had seemed well at 7:45 a.m., before she went into her bedroom. The patient also smoked cigarettes and had a history of depression, anxiety, substance use disorder (including the use of alcohol, opioids, and cocaine), and skin abscesses due to methicillin-resistant Staphylococcus aureus. Current medications were unknown; a review of the electronic medical record revealed an allergy to amoxicillin–clavulanic acid. The patient lived in an urban area of New England with her mother, daughter, and cousin. She was unemployed.

---

8 Case 8-2018: A 55-Year-Old Woman with Shock and Labile Blood Pressure

Joseph Loscalzo, M.D., Ph.D., Nathalie Roy, M.D., Ravi V. Shah, M.D., Joy N. Tsai, M.D., Alexis M. Cahalane, M.D., Johannes Steiner, M.D., and James R. Stone, M.D., Ph.D.

A 55-year-old woman was transferred to this hospital for evaluation and treatment of cardiogenic shock.

Approximately 4 months before presentation, the patient was admitted to a hospital in her home state for “pounding” in her chest, nausea, and diaphoresis that persisted for 40 minutes after a routine jog.

The symptoms did not recur, and the patient returned to jogging and stopped taking the beta blocker. On the day before her transfer to this hospital, she was on a downhill-skiing trip in Vermont. In the morning, she felt fatigued. In the afternoon, palpitations, dyspnea, and weakness developed while she was at the top of a mountain; the ski patrol took her down the mountain,

and the symptoms abated. In the evening, while she was at dinner, she had acute nausea and emesis followed by chest pain and dyspnea. She was taken to a local emergency department.

9 Going from A to Z

Deepak Atri, M.D., David Furfaro, M.D., Gurpreet Dhaliwal, M.D., Kenneth R. Feingold, M.D., and Reza Manesh, M.D.

A 70-year-old man presented to the emergency department with a 3-month history of diarrhea. The diarrhea varied between semiformed and liquid, but it never contained blood or mucus. On most days, he had hourly bowel movements over a period of 12 to 18 hours, but he was able to sleep through the night without bowel movements. The diarrhea was associated with nausea, nonbloody emesis, and a weight loss of 5.9 kg (13 lb). He reported no fevers or diaphoresis. Three weeks before the onset of diarrhea, intermittent episodes of severe nonradiating epigastric pain had developed that lasted for hours.

10 Case 39-2017 — A 41-Year-Old Woman with Recurrent Chest Pain

Sarah V. Tsiaras, M.D., Lucy M. Safi, D.O., Brian B. Ghoshhajra, M.D., Mark E. Lindsay, M.D., Ph.D., and Malissa J. Wood, M.D.

A 41-year-old woman presented to this hospital with chest pain.

Approximately 1 year before presentation, the patient had had transient tightness in the chest and shoulder on the left side that had prompted a referral to outpatient physical therapy. Five days before presentation, while the patient was packing for a flight to Boston, acute substernal chest pain developed; the pain radiated to the jaw and shoulders and was accompanied by dyspnea and by a feeling of needing to belch. These symptoms lasted 1 hour and then spontaneously resolved, and she attributed them to fatigue.

On the day before presentation, substernal chest pain with radiation to the jaw and shoulders recurred after the patient had been walking, and the pain gradually resolved after a few hours. Before dinner on the evening of presentation, the pain recurred and was associated with light-headedness. The patient attended dinner but had persistent pain, along with dyspnea. She presented to the emergency department of this hospital.

11 Case 37-2017 — A 36-Year-Old Man with Unintentional Opioid Overdose

Ali S. Raja, M.D., M.B.A., M.P.H., Emily S. Miller, M.D., Efrén J. Flores, M.D., Sarah E. Wakeman, M.D., and George Eng, M.D., Ph.D.

A 36-year-old man with opioid-use disorder was seen in the emergency department of this hospital during the winter because of opioid overdose.

Approximately 4 years before this evaluation, the patient had undergone an unspecified hand surgery. Immediately after the procedure, hydromorphone was administered. After the patient was discharged home, he initially sought out more prescription opioids and then switched to intravenous heroin because he found it to be less expensive and more easily obtained. During the next 3 years, he injected 1 to 2 g of heroin each day.

One year before this evaluation, after the patient lost his job, he attempted to quit using heroin. He began to take methadone, which helped to reduce withdrawal symptoms and cravings, but he stopped taking it after 10 days because he was concerned that weaning off methadone after a

period of maintenance treatment would be associated with unacceptable adverse effects. He then resumed heroin use. Six months before this evaluation, the patient again stopped using heroin and was admitted to an inpatient, medically supervised detoxification program for management of withdrawal symptoms. After 2 weeks, he was discharged home.

Approximately 2 months before this evaluation, the patient was released from jail and was admitted to a structured residential rehabilitation program, in which he participated in work therapy, attended regular Narcotics Anonymous meetings, and underwent random, intermittent urine toxicology screenings. He continued in this program and abstained from opioid use until 3 days before this evaluation, when he resumed intravenous heroin use. He obtained the drug, which he believed to be mixed with fentanyl, from a single dealer and began to inject 0.5 g at a time using clean needles and cotton filters. On the day of this evaluation, the patient injected 0.5 g at 10 a.m., followed by another 0.5 g at approximately 1:30 p.m.; he remembered subsequently walking around a park and placing a phone call to a friend to arrange a meeting.

At 2:44 p.m. on the day of this evaluation, emergency medical services personnel were dispatched to the park, where the patient was found lying on the ground in a puddle of slush. He was unresponsive. The patient's friend was present and reported that when he had found the patient, he had administered intranasal naloxone and then called for emergency medical assistance. First responders from the fire department had administered a second dose of intranasal naloxone before emergency medical services personnel arrived.

---

12 Case 36-2017 — A 30-Year-Old Man with Fatigue, Rash, Anemia, and Thrombocytopenia

Gurpreet Dhaliwal, M.D., Amirkasra Mojtahed, M.D., Annemarie E. Fogerty, M.D., Stephan Kadauke, M.D., Ph.D., and Johnathan P. Mack, M.D.

Three years before this admission, the patient was involved in a motor vehicle accident that resulted in a large hematoma across the chest and umbilicus.

Two days later, gross hematuria developed,

The patient had been in his usual state of health until 2 weeks before the current admission to this hospital, when fatigue, generalized weakness, and dyspnea on exertion developed. Four episodes of palpitations, chest tightness, and diaphoresis occurred during the 2-week period leading up to admission; they lasted less than 1 minute each, and the patient attributed them to panic attacks. Five days before this admission, fevers and night sweats developed, and the highest measured temperature was 38.3°C. Three days before this admission, the patient noted an area of erythema in the posterior aspect of the right knee and bruising on both arms. One day before this admission, an episode of weakness and tunnel vision occurred while the patient was standing; he lowered himself to the ground but did not lose consciousness. Severe fatigue persisted after the episode, and he was evaluated in the emergency department of the other hospital.

On evaluation in the emergency department, the patient reported a mild headache, which diminished after the administration of ibuprofen; there was no neck pain or photophobia. He had a history of alcohol-use disorder, peptic ulcer disease, Barrett's esophagus, and anxiety. He had no history of easy bruising or bleeding, despite previous trauma, including a fall from a roof 3 years before admission. Recent medications included diazepam and citalopram. He drank alcohol occasionally in a binge pattern but had not had any during the past 2 weeks. He did not smoke cigarettes, use illicit drugs, or take herbal medications. He resided on an island in New

England and worked as a restaurant cook. He noted ticks on his body several times per month and had removed a tick 2 weeks before this presentation. His mother had diabetes, and his father had hypertension. There was no family history of hematologic cancer.

13 Circling Back for the Diagnosis

Joseph Rencic, M.D., Mengyu Zhou, M.D., Gerald Hsu, M.D., Ph.D., and Gurpreet Dhaliwal, M.D.

A 28-year-old man presented to the emergency department with abdominal pain, nausea, and vomiting. The patient reported that he had had intermittent pain in the right upper and right lower quadrants of the abdomen for 6 weeks. The pain worsened when he ate food and usually abated within 1 to 2 hours after he took antacids. On this occasion, the pain was severe and had lasted for 8 hours. Intake of food had worsened the pain and was followed by an episode of nonbloody, nonbilious emesis. He did not have fever or chills.

The patient had received a diagnosis of Gilbert's syndrome 2 years earlier when his primary care physician noted that he had isolated indirect hyperbilirubinemia. He was obese, and had nonalcoholic fatty liver disease. He reported that he had never used tobacco or recreational drugs and that he seldom drank alcohol.

14 Case 27-2017 — A 32-Year-Old Man with Acute Chest Pain

Douglas E. Drachman, M.D., David M. Dudzinski, M.D., J.D., Matthew P. Moy, M.D., Carlos Fernandez-del Castillo, M.D., and Jonathan H. Chen, M.D., Ph.D.

A 32-year-old man was evaluated in the emergency department of this hospital for the abrupt onset of postprandial chest pain.

Several hours before presentation, the patient had eaten pizza in his apartment. Less than 1 hour later, while he was at rest and watching television, "crushing" pain, diaphoresis, dyspnea, and nausea developed. He rated the pain at 7 on a scale of 0 to 10 (with 10 indicating the most severe pain), and he noted that the pain did not radiate or worsen with respiration. He attempted to induce vomiting and took calcium carbonate tablets, but his condition did not improve. After 2 hours of constant pain, he presented to the emergency department of this hospital.

The patient had no medical history and took no medications. His father had had a myocardial infarction when he was 51 years of age. The patient was allergic to penicillin (unknown reaction). He lived with his girlfriend, who had recently had streptococcal pharyngitis. He had been under a great deal of stress because of a new job as a sales manager, a move to a new apartment, and the recent death of a family pet. He consumed a six-pack of beer daily. He had used cocaine (most recently 3 months earlier) but did not report using other illicit substances.

15 Case 25-2017 — A 45-Year-Old Man with Headache, Fever, and Lymphadenopathy

Ann S. LaCasce, M.D., Efren J. Flores, M.D., Robert H. Goldstein, M.D., Ph.D., and Aliyah R. Sohani, M.D.

Dr. Max W. Adelman (Medicine): A 45-year-old man with Tourette's syndrome and a ventriculoperitoneal shunt for the management of hydrocephalus was admitted to this hospital because of headache and fever.

The patient had been well until 3 days before admission, when he awoke with a severe, diffuse, pounding headache. He noted that the pain was similar to pain he had had in association with the malfunction of a ventriculoperitoneal shunt 24 years earlier. The patient took ibuprofen but had no symptom relief. Fevers, anorexia, fatigue, and mild nausea also developed. The evening before admission, he presented to the emergency department of another hospital for evaluation.

On evaluation, the patient rated his headache as 8 on a scale of 0 to 10 (with 10 indicating the most severe pain).

---

16 Case 22-2017 — A 21-Year-Old Woman with Fever, Headache, and Myalgias

Jacqueline T. Chu, M.D., Rydhwana Hossain, M.D., Frederic J. Silverblatt, M.D., Emily P. Hyle, M.D., and Sarah E. Turbett, M.D.

A 21-year-old woman was admitted to this hospital during the winter because of fever, headache, and myalgias.

The patient had been well until 4 days before this admission, when fever, chills, fatigue, malaise, retro-orbital headache, and photophobia developed. On presentation to a clinic affiliated with the university where she was a student, she reported that, 6 days earlier, she had returned from a trip to Indonesia.

---

17 Back to the History

Mary W. Montgomery, M.D., Sigal Yawetz, M.D., Bruce D. Levy, M.D., and Joseph Loscalzo, M.D., Ph.D.

An 82-year-old man presented to the emergency department with a 6-month history of worsening back and left hip pain. He had been well until 6 months earlier, when acute fever and cough developed. Pneumonia was diagnosed, and a 10-day course of levofloxacin was prescribed. His respiratory symptoms resolved. At about the same time that the respiratory symptoms resolved, low back pain began to develop. The patient did not recall any antecedent trauma, fall, or heavy lifting. Over the course of the ensuing months, his back pain continued to worsen, and left hip pain developed; he presented to the emergency department after walking became painful. The pain did not radiate down his legs, but it occasionally woke him from sleep and was worse after activity. He reported no relief from bending forward. He reported no morning stiffness, fever, chills, or night sweats. He noted that he had lost 9 kg (20 lb) of weight over the course of the preceding few months. He had no bowel or bladder incontinence.

This patient has chronic (duration of >12 weeks) back pain.

The patient's medical history included the sick sinus syndrome for which a pacemaker had been placed years earlier, diastolic heart failure, pulmonary fibrosis, hyperlipidemia, hypertension, gout, herpes zoster with postherpetic neuralgia, and basal-cell carcinoma for which the patient underwent Mohs micrographic surgery. His medications included allopurinol, aspirin, metoprolol, simvastatin, gabapentin, and recently, oxycodone and acetaminophen for the low back pain. He had no known drug allergies. He was retired but had worked previously as a university professor. He lived with his wife and had grown children. He had smoked cigars for many years but had quit 28 years before the current presentation. He reported drinking one glass of alcohol per night until 6 months before this presentation, when his current illness began. He reported no history of illicit-drug use. He had traveled internationally in the distant past, including trips to Asia and South America, and had traveled throughout the United States. His

family history was notable for congestive heart failure in his mother, coronary heart disease in his father, and non-Hodgkin's lymphoma in his brother.

18 Case 13-2017 — A 41-Year-Old Man with Hearing Loss, Seizures, Weakness, and Cognitive Decline

Haatem M. Reda, M.D., William A. Copen, M.D., Amel Karaa, M.D., and Derek H. Oakley, M.D., Ph.D.

A 41-year-old man was seen in the neurology clinic of this hospital because of seizures, weakness, and cognitive decline.

The patient had a history of migraine headaches, sensorineural hearing loss, and chronic proteinuria. He had been in his usual health until approximately 2 years before presentation to this hospital, when his wife noted subtle changes in his personality and behavior, including short-tempered and argumentative reactions that "didn't make sense." One year before presentation to this hospital, headache, malaise, and fatigue occurred for approximately 1 week, followed by the sudden onset of difficulty speaking; over a period of several hours, he progressed from being able to use well-formed but incorrect words to being completely unable to speak and partially unable to write. Later that day, he was admitted to another hospital.

One month after discharge, while the patient was at home, he had a generalized tonic–clonic seizure that was witnessed by his wife. Therapy with levetiracetam was begun, and no further seizure activity occurred. During the next 11 months, he had fluctuating focal neurologic symptoms, rapidly progressive cognitive decline, weakness, and gait instability, along with nearly daily diffuse headaches, muscle cramps in his calves, and weight loss of 11 kg.

One month before the patient's presentation to this hospital, blood levels of cholesterol and lipids and results of liver- and renal-function tests were normal; other test results are shown in Table 1. During the 2 weeks before presentation, the patient's wife noted that his behavior had become more childlike, with rambling speech, impulsivity, and anger. His gait, balance, and coordination worsened, although he did not fall, and swallowing difficulties developed. He was referred to the neurology clinic at this hospital.

The patient was right-handed. He had congenital short stature. When he was 25 years of age, sensorineural hearing loss (worse on the right side than on the left) developed; it gradually worsened and led to the use of hearing aids. Proteinuria was noted when he was 25 years of age. In the past, a clinical diagnosis of gout had been made after an episode of swelling and pain in the left big toe. Medications were levetiracetam, lisinopril, and a multivitamin. He had no known allergies. He was married, had a young child, and had lived in the southwestern United States until 3 weeks before this presentation, when his family moved to be near relatives in New England. He was a lawyer but had been receiving disability benefits since the onset of this illness. He drank alcohol in moderation and smoked tobacco occasionally. His mother was of French Canadian and Irish descent; she had reportedly had lupus nephritis with antinuclear antibodies, diabetes mellitus, and colitis and was described as needing rest frequently when walking. His father was of Hungarian and Italian descent and had diabetes mellitus and coronary artery disease. A maternal aunt and uncle had diabetes mellitus, and the same uncle also had sensorineural hearing loss. He had nine siblings who ranged in height from 150 to 163 cm; some were reportedly well and others had mild gastrointestinal dysmotility or symptoms of the irritable bowel syndrome, sensorineural hearing loss, anxiety, and β-thalassemia trait.

19 Case 12-2017 — A 34-Year-Old Man with Nephropathy

Meghan E. Sise, M.D., Grace C. Lo, M.D., Robert H. Goldstein, M.D., Ph.D., Andrew S. Allegretti, M.D., and Ricard Masia, M.D., Ph.D.

A 34-year-old man with hearing impairment was admitted to this hospital because of worsening renal function.

The patient had been well until approximately 11 weeks before this admission, when subjective fevers with sweats, fatigue, decreased appetite, and nausea developed. He initially attributed these symptoms, which worsened over the next 2 months, to the hot weather. Cough and shortness of breath on exertion also developed during that time, and the patient noted that his urine appeared foamy. He reportedly lost 9 kg.

The patient returned to the emergency department at the other hospital 1 week later (15 days before this admission) and reported that he had been having malaise, vomiting, and chest pain for the past 2 days. The chest pain worsened during inspiration

---

20 Case 10-2017 — A 6-Month-Old Boy with Gastrointestinal Bleeding and Abdominal Pain

Lauren M. Allister, M.D., Ruth Lim, M.D., Allan M. Goldstein, M.D., and Jochen K. Lennerz, M.D.

A 6-month-old boy was seen in the emergency department of this hospital because of gastrointestinal bleeding and abdominal pain.

The patient had been in his usual state of health until 2 days before presentation, when his parents noted that he began to have intermittent episodes of abdominal pain. During these episodes, some of which woke the patient from sleep, he cried and pulled his legs up toward his chest while lying on his back. His parents reported that they palpated his abdomen during some of the episodes and it felt rigid; they suspected that he might be having discomfort related to excessive intestinal gas. He continued to eat and drink normally without vomiting. The next day, the patient had two bowel movements, and the stools had reddish discoloration. With the first bowel movement, the redness seemed to be present in a small amount and only on the outside of the stool; with the second bowel movement, the amount of redness increased. The patient's mother attributed the stool discoloration to beet consumption, since bowel movements with reddish stools had also occurred in the past after the patient had eaten beets. Intermittent episodes of apparent abdominal pain continued, and between the episodes, the patient behaved normally. On the morning of presentation, he had a third bowel movement with reddish stools. His parents took him to day care, where he continued to have occasional periods of crying and pain, followed by a bowel movement that appeared to consist almost entirely of blood, including a large clot. After this bowel movement, he was reportedly pale and diaphoretic. The day care provider called the patient's mother, who picked him up and took him to the emergency department of another hospital.

---

21 Case 9-2017 — A 27-Year-Old Woman with Nausea, Vomiting, Confusion, and Hyponatremia

Amulya Nagarur, M.D., Lloyd Axelrod, M.D., and Anand S. Dighe, M.D.

A 27-year-old woman was admitted to this hospital because of nausea, vomiting, confusion, and hyponatremia.

The patient had been well until 1 week before admission, when she had nausea and nonbloody, nonbilious emesis. She did not seek medical care, and her symptoms resolved after several hours. Two days before admission, she had nausea and several episodes of nonbloody, nonbilious emesis in the evening, after she had eaten seafood. The day before admission, she had recurrent vomiting associated with eating but was able to drink large amounts of water. Earlier that day, she had normal interaction with friends and participated in sightseeing activities, including long-distance walking. Early in the evening, she was noted to be slightly confused. Later in the evening, her friend had difficulty arousing her from sleep, and she was not able to follow directions or walk.

22 After the Party's Over

While driving home from an evening office party in the autumn of 2009, a 35-year-old woman had a sudden onset of chills, myalgias, nausea, and abdominal cramping. She had previously been in good health. That night she had a fever (temperature, 38.9°C [102°F]), explosive nonbloody diarrhea, frequent vomiting, and abdominal and low back pain. When she presented to her hospital's emergency department the next morning, she did not appear to be severely ill.

23 Case 33-2016 — A 30-Year-Old Woman with Severe Lower Abdominal Pain and Chills

Leigh H. Simmons, M.D., Alan J. Goldstein, M.D., David M. Boruta, II, M.D., and Jennifer N. Stall, M.D.

A 30-year-old woman presented to the emergency department of this hospital with chills and sudden worsening of abdominal pain in both lower quadrants.

The patient was in her usual good health until 10 days before admission, when, after eating at a restaurant, she had nonbloody, nonbilious emesis that she attributed to food poisoning. The vomiting persisted for 2 days and then resolved. One day later, bilateral abdominal pain developed; the pain waxed and waned for a few days. She then completed a 2-day driving trip as part of her relocation to New England for a new job. During the trip, she had watery, nonbloody diarrhea every time she tried to eat (about four times per day). Her travel companion ate foods that were similar to the foods she ate but was well. After the patient arrived at her final destination, chills, fevers, and "sharp" abdominal pain in both lower quadrants, with bloating, developed. She took naproxen every 8 hours for the pain and noted some improvement. She had minimal appetite, and she noted that the frequency of the diarrheal episodes decreased when her eating decreased. However, abdominal pain persisted and intensified until she rated it as 9 to 10 on a scale of 0 to 10, with 10 indicating the most severe pain. Two nights later, she was seen in the emergency department of this hospital because of abdominal pain and distention, diarrhea, and chills.

On arrival, the patient reported nausea and increased abdominal pain without further episodes of emesis. There was no hematochezia, melena, vaginal discharge, dysuria, or foul-smelling urine. Menarche had occurred at 12 years of age. Her menstrual periods occurred in normal 30-day cycles; her most recent menstrual period had been 2 weeks before this presentation. She had had no known contact with persons who were ill. She had no chest, flank, back, or neck pain, no dyspnea, and no swelling or pain in the calves. She had not lost weight.

The patient had a history of a 1-cm ovarian cyst, which had been identified during her early teenage years. She was of East Asian descent, had lived in the Midwest for the previous 10 years, and worked in a medical field. At presentation, she was taking no medications except naproxen, as well as ibuprofen for pain during menstruation. She had no known drug allergies. She did not

smoke or use alcohol or illicit drugs. She had never been sexually active. Her father had diabetes mellitus, hyperlipidemia, and hypertension. There was no family history of cancer.

---

24 Case 21-2016 — A 32-Year-Old Man in an Unresponsive State

Andrew Z. Fenves, M.D., Pamela W. Schaefer, M.D., Jay Luther, M.D., and Virginia M. Pierce, M.D.

A 32-year-old incarcerated man was admitted to this hospital after being found in an unresponsive state in his jail cell.

Two days before this admission, the patient had had nausea and vomiting. Acetaminophen, at a dose of 650 mg up to three times daily as needed, was prescribed, in addition to a preexisting prescription for acetaminophen at a dose of 325 mg twice daily. Earlier during the day of admission, the patient was reported to be acting strangely; later, he was found in an unresponsive state on the floor of his cell. Emergency medical services personnel were called to the jail, where they found the patient in an unresponsive state, in a decerebrate posture, and incontinent of urine.

The available medical history was limited. The patient had a history of substance-use disorder (including the use of alcohol, opiates, and cocaine), traumatic brain injuries, seizures, anemia, and a psychotic disorder for which the diagnosis of paranoid schizophrenia had been considered. Six years before the current presentation, tests for human immunodeficiency virus (HIV) antibodies, hepatitis C virus (HCV) antibodies, and hepatitis B virus (HBV) surface antigen were negative, and a test for HBV surface antibodies was positive. The patient had been assaulted several times during the 14 months before this admission; the assaults had resulted in a subdural hematoma, orbital and nasal fractures, and jaw fractures. Eight months before the current admission, he had been admitted to this hospital for altered behavior. On evaluation, he had had an unremarkable computed tomographic (CT) scan of the head, hyperammonemia that was thought to be related to alcoholism, and an echogenic liver on ultrasonography that was thought to represent a combination of fatty infiltration and fibrosis; his mental status improved with the administration of lactulose. Six weeks before the current admission, the patient had been evaluated at this hospital because of facial injuries. Medications included lactulose, thiamine, sertraline, oxycodone, ibuprofen, and acetaminophen. Details of the patient's family history were unavailable. The patient had been homeless. He had smoked one pack of cigarettes daily for the past 15 years, had drunk several pints of vodka daily before incarceration, and had previously reported using intranasal cocaine and heroin.

---

25 Case 17-2016 — A 60-Year-Old Woman with Increasing Dyspnea

Sydney B. Montesi, M.D., John W. Nance, M.D., R. Scott Harris, M.D., and Eugene J. Mark, M.D.

A 60-year-old woman was seen in the outpatient pulmonary clinic of this hospital because of increasing dyspnea.

The patient had been well until 2 years before the current evaluation, when episodes of mild, nonproductive coughing developed and occurred multiple times daily. Between 13 months and 10 months before the current evaluation, three febrile illnesses occurred, with temperatures up to 38.9°C. After the third illness, the patient noted dyspnea with exertion. She was seen by her physician for an outpatient evaluation; a chest radiograph was reportedly normal. Oral azithromycin and combined inhaled budesonide–formoterol fumarate dihydrate were administered.

Sixteen days after the outpatient evaluation, dyspnea worsened and was associated with fevers and chest congestion.

26 The Hidden Lesion

Alfred I. Lee, M.D., Ph.D., and Cassius I. Ochoa Chaar, M.D.

A 24-year-old woman with no clinically significant medical history presented to the emergency department of a local hospital with pain in the left leg. She had been training for a 5-km race when, 2 days before presentation, she experienced crampy pain in her left leg, extending to the left lower abdomen and buttock, along with generalized leg swelling and exertional dyspnea. She reported no fever, chest pain, dyspnea at rest, or antecedent trauma.

27 Eye of the Beholder

A 47-year-old man with a history of hypertension presented to an urgent care ambulatory clinic with a 3-day history of swelling around his left eye and a sensation of tightness in his throat. He reported no pruritus, photophobia, diplopia, headache, changes in visual acuity, or pain. He was hoarse but did not have wheezing or shortness of breath. During the 3 days before presentation, it had become difficult for him to swallow solids, and he felt as if food was sticking in his throat. He reported no fevers, fatigue, gastrointestinal symptoms, or recent illness.

28 Case 13-2016 — A 49-Year-Old Woman with Sudden Hemiplegia and Aphasia during a Transatlantic Flight

Lee H. Schwamm, M.D., Michael R. Jaff, D.O., K. Sophia Dyer, M.D., R. Gilberto Gonzalez, M.D., Ph.D., and Amelia E. Huck, M.D.

A 49-year-old woman was brought to the emergency department of this hospital after the sudden onset of hemiplegia and aphasia during a transatlantic flight.

The patient had been well until approximately 2 hours before presentation, when severe weakness developed on the right side and she lost the ability to speak. The patient's husband alerted a flight attendant, and a passenger who was a physician informed the crew that they must transport her to a hospital within 3 hours to enable proper treatment. The pilot accelerated the aircraft to arrive in Boston within 2 hours after symptom onset. The patient was evaluated by emergency medical technicians on her arrival at the airport..

The patient had a history of migraine headaches, asthma, and recurrent intermittent swelling of her left thigh every few months since childhood, when she had undergone the surgical excision of a birthmark on the left inner thigh that had frequently bled. Medications were aspirin several days per week (for headaches) and asthma inhalers. She had no known allergies. She was traveling with her husband, who provided the history. She did not smoke cigarettes. There was no family history of hematologic disease or coagulation abnormalities.

29 Case 11-2016 — A 12-Year-Old Boy with Malaise, Fevers, Abdominal Pain, and Pallor

Kevin R. Schwartz, M.D., Chadi M. El Saleeby, M.D., Katherine Nimkin, M.D., Alison M. Friedmann, M.D., Aeri Moon, M.D., and Lawrence R. Zukerberg, M.D.

A 12-year-old boy was admitted to this hospital because of malaise, fevers, abdominal pain, and worsening pallor.

The patient had been well until 1 month before admission, when headache and abdominal pain developed. Examination by a school nurse revealed a temperature of 38.6°C and pale skin. A diagnosis of a viral illness was made, and follow-up with his pediatrician was recommended. When the patient was reexamined by the nurse 4 days later, the temperature was normal.

On the day of admission, the patient reported headache, nausea, and pain in the right upper abdomen and left leg. The temperature was 37.3°C, and the skin appeared to be more pale. He was taken by ambulance to the emergency department of another hospital, where he reported nausea, occasional diarrhea, and abdominal pain.

---

30 Case 10-2016 — A 22-Year-Old Man with Sickle Cell Disease, Headache, and Difficulty Speaking

Ferdinando S. Buonanno, M.D., Jeremy D. Schmahmann, M.D., Javier M. Romero, M.D., and Robert S. Makar, M.D., Ph.D.

A 22-year-old right-handed man was admitted to this hospital because of the acute onset of headache and difficulty speaking.

The patient had been well until approximately noon on the day of admission, when a dull, diffuse headache developed; the pain gradually increased in severity until he rated it at 10 on a scale of 0 to 10, with 10 indicating the most severe pain. He took ibuprofen, and the headache improved but did not resolve. Between 6 and 7 p.m., he smoked marijuana. At approximately 7 p.m., a friend noted that the patient suddenly leaned forward and held his head in his hands. He then stood and was noted to have heavy breathing and unintelligible speech. He appeared to be frustrated by his inability to communicate. His friends brought him to the emergency department of this hospital; he arrived at 7:43 p.m.

On arrival, the patient was unable to name the place or date. He reported that he felt confused and had difficulty thinking of and saying words; he rated the headache at 3 out of 10. He reported no recent trauma, neck pain, fever, chills, chest pain, or upper respiratory or gastrointestinal symptoms. He had sickle cell anemia, which was monitored at another hospital. It was associated with infrequent crises, the most recent of which had occurred more than a year earlier; his most recent blood transfusion had occurred 22 months before this evaluation. He had been hospitalized for pain crises in the past and for the acute chest syndrome once, 6 years earlier. He had had recurrent headaches during the past 15 months; evaluation at another hospital had revealed multiple intracranial aneurysms, which were reportedly stable on serial imaging studies. He had undergone a cholecystectomy at 12 years of age. His medications included ibuprofen, as needed for headaches, and folic acid. He had no known allergies. He was a student and lived with a friend. He smoked marijuana regularly, drank alcohol infrequently, and did not smoke tobacco or use other illicit drugs. His parents were of African-American ancestry. His biologic father's medical history was not known; his mother and two of his three half siblings had the sickle cell trait, his mother and her half brother had had myocardial infarctions and her half brother had also had seizures, a maternal grandmother had hypertension and diabetes mellitus, and a maternal great uncle had reportedly had an aneurysm. There was no known family history of stroke or brain tumors.

---

31 Case 9-2016 — A 29-Year-Old Man with Dyspnea and Chest Pain

Kenneth Rosenfield, M.D., Brian B. Ghoshhajra, M.D., David M. Dudzinski, M.D., J.D., and James R. Stone, M.D., Ph.D.

A 29-year-old man was admitted to this hospital because of severe dyspnea and chest pain on the right side.

The patient, who was a highly trained athlete, had been well until approximately 2.5 weeks before admission, when he was hit in the chest while he was at work; headache and nausea occurred for 3 days thereafter. Approximately 2 weeks before admission, he awoke at night with pain in the right midaxillary region that he described as a “ping-pong ball”; the pain radiated to and from the right scapula and was associated with shortness of breath. He arose, and after pacing and calming himself, he was able to sleep again. The next day, he went to an urgent care clinic in another city, where a diagnosis of muscle spasm was made. Muscle relaxants and ibuprofen were administered, without improvement.

During the following days, increasing dyspnea occurred with minimal exertion; the pain became localized to the right anterior chest and had a sharp, stabbing quality, and a nonproductive cough developed. Three days before admission, during a 1.5-hour flight to Massachusetts, the patient noted having leg cramps, which was a usual occurrence for him on flights. On the morning of admission, he felt well on awakening, but sudden stabbing chest pain in the sternal area later developed, with associated severe pressure in his chest and transient palpitations. While the patient was walking, he noted severe shortness of breath, with increasing tachypnea and difficulty talking. Chest pain increased with coughing, laughing, and sneezing. In the evening, the patient went to another hospital for evaluation, where he reported sharp chest pain on the right side that worsened with deep breaths; he rated the pain at 8 on a scale of 0 to 10, with 10 indicating the most severe pain. He attributed some of his symptoms to his earlier chest injury.

---

32 Too Much of a Good Thing

Lauren A. Beste, M.D., Richard H. Moseley, M.D., Sanjay Saint, M.D., M.P.H., and Paul B. Cornia, M.D.

A 54-year-old man presented to the emergency department with a 1-month history of edema in the lower legs and a 1-week history of abdominal pain. The abdominal pain was dull, was bandlike across the upper abdomen, and worsened with eating. In the days preceding presentation, he had intermittent nausea, early satiety, and diarrhea, but he reported no fevers, chills, or vomiting.

The patient had no known medical history other than obsessive–compulsive personality disorder (OCPD) and had avoided routine medical care for more than 20 years. He reported no illicit-drug use or alcohol abuse and no recent travel. He took no prescription medications but did report taking a probiotic supplement and 100 IU of vitamin A daily. The patient had formerly worked as a computer-network manager but was currently unemployed. His mother had coronary artery disease; there was no family history of gastrointestinal or liver disease.

---

33 Case 5-2016 — A 43-Year-Old Man with Altered Mental Status and a History of Alcohol Use

Anna R. Terry, M.D., M.P.H., Kristopher T. Kahle, M.D., Ph.D., Mykol Larvie, M.D., Ph.D., Jatin M. Vyas, M.D., Ph.D., and Anat Stemmer-Rachamimov, M.D.

A 43-year-old man with a history of alcohol-use disorder was admitted to this hospital because of altered mental status.

On the day of admission, the patient was found by emergency medical services personnel, who had been contacted by a neighbor. He was sitting on a mattress, was incontinent of feces and urine, and was surrounded by empty prescription containers for gabapentin and bupropion, along with empty bottles of vodka. He had last been seen by neighbors 4 days earlier, when he reportedly locked himself in his apartment after purchasing alcohol. No other drugs or drug paraphernalia were found.

---

34 Case 4-2016 — A 58-Year-Old Woman with a Skin Ulcer, Fever, and Lymphadenopathy

Meridale V. Baggett, M.D., R. Gilberto Gonzalez, M.D., Roby P. Bhattacharyya, M.D., Ph.D., and Michael A. Mahowald, M.D., Ph.D.

The patient had been well until 8 days before admission, when she noted a pimplelike lesion on the left side of her forehead, near the hairline. She squeezed a scant amount of clear fluid from the lesion. Over the next 3 days, the lesion increased in size. Five days before admission, the patient awoke with a temperature of 39.4°C, chills, myalgias, and malaise. She went to the emergency department of another hospital for evaluation.

Temperatures as high as 40.0°C, chills, and myalgias persisted. The patient felt weak, had a reduced appetite, and noted tender swelling of the left side of her neck. The lesion on the forehead continued to enlarge, took on the appearance of a blister containing dark fluid, and then ulcerated; redness and swelling surrounding the lesion developed. Two days before admission, the patient returned to the other hospital.

---

35 Case 40-2015 — A 40-Year-Old Homeless Woman with Headache, Hypertension, and Psychosis

Derri L. Shtasel, M.D., M.P.H., Oliver Freudenreich, M.D., and Travis P. Baggett, M.D., M.P.H.

A 40-year-old woman with a history of psychosis was admitted to this hospital from a homeless shelter because of headache and hypertension.

One week before admission, the patient had accepted placement in a homeless shelter, after spending the previous 4 years sleeping in a public building. During that time, she had repeatedly declined assistance from outreach workers in finding shelter; she maintained that it was her mission from God to stay outside and watch over people. On evaluation at the shelter, she was disheveled and had disorganized speech and thought content that was focused on spiritual themes. She attributed her impairments to a traumatic brain injury that she had incurred in a motor vehicle accident more than 12 years earlier. She did not think she had a psychiatric illness and refused psychiatric medications but agreed to see an on-site primary care internist at the shelter.

The patient reported feeling “off” and intermittently said she had a frontal headache; she did not report visual symptoms, chest or abdominal pain, nausea, or vomiting. She had a history of hypertension and a psychotic illness of more than 12 years’ duration that was characterized by somatic, paranoid, grandiose delusions, a disorganized thought process, and poor self-care. Five years before this admission, she was admitted to a psychiatric hospital; as an inpatient, she had brief symptomatic improvement while she was receiving olanzapine. After discharge, she did not pursue follow-up psychiatric care or continue to take olanzapine. She had taken hydrochlorothiazide 4 years before this admission but currently took no medications; she reported an allergy to nifedipine, which had caused palpitations. She was born in a Caribbean country and had immigrated to the northeastern United States many years earlier. She smoked

intermittently and did not use illicit drugs but reported being injected in the thigh with an unknown substance in the past. The family history was unknown.

---

36 Case 38-2015 — A 21-Year-Old Man with Fatigue and Weight Loss

J. Carl Pallais, M.D., M.P.H., Micheal McInnis, M.D., Philip J. Saylor, M.D., and Roseann I. Wu, M.D., M.P.H.

A 21-year-old man was admitted to this hospital because of fatigue, weight loss, and lesions in the lungs and liver on radiographic imaging.

The patient had been in excellent health, running 3 to 5 miles daily and competing in sports, until approximately 3 months before this admission, when increasing fatigue occurred. During the next 6 weeks, his sleep requirement increased from 8 to 20 hours per day. Approximately 2 months before this admission, he was a passenger in a motor vehicle accident, after which he had an exacerbation of chronic back pain that he had previously attributed to sports activities. He was seen in a clinic of another hospital a few days later; a radiograph of the cervical spine was normal. He took nonsteroidal antiinflammatory drugs as needed for pain. One week later, he went to the emergency department of a second hospital because of fatigue, low back pain, and bilateral swelling of the breast tissue. Testing for Lyme disease was negative. He was advised to discontinue taking the workout supplements (which contained creatine nitrate) that he had been taking for several years. The next week, he returned to the second hospital because of worsening symptoms; test results were reportedly unchanged. A muscle relaxant was administered, without improvement.

One month before this admission, anorexia, nausea, nonbilious nonbloody vomiting, weight loss, intermittent chills, and anxiety occurred, followed by dyspnea with exertion and decreased exercise tolerance (i.e., exercise was limited to walking several blocks before resting).

The next day, on evaluation in a gastroenterology clinic, the patient reported fatigue, weight loss of 6 kg (from 82 kg to 76 kg), and hematochezia.

Two days before this admission, on return to the gastroenterology clinic, the patient reported persistent symptoms, as well as cough, sweats, nocturia, dark urine, and intermittent tremors.

On presentation, the patient reported fatigue and anxiety, both of which had improved after treatment with methimazole and propranolol. He also reported persistent nausea, vomiting, abdominal discomfort (which he rated at 3 on a scale of 0 to 10, with 10 indicating the most severe discomfort), dyspnea, and weight loss of 14 kg in the previous 2.5 weeks. Four years earlier, he had had methicillin-resistant Staphylococcus aureus preseptal cellulitis after trauma above his right eye. Medications were methimazole, propranolol, and ondansetron. He had no known allergies. He lived with his family, attended college, and had jobs during vacation. He had chewed tobacco and drunk alcohol but had stopped doing both 1 month before this admission; he reported no use of intravenous illicit drugs. His mother had Graves' disease, his father had hypothyroidism and hypertension, his maternal grandmother had diabetes mellitus, and his siblings were healthy.

---

37 Case 32-2015 — A 57-Year-Old Man with Severe Pneumonia and Hypoxemic Respiratory Failure

Michael K. Mansour, M.D., Ph.D., Jeanne B. Ackman, M.D., John A. Branda, M.D., and Richard L. Kradin, M.D.

A 57-year-old man was admitted to the medical intensive care unit (ICU) of this hospital in the winter because of severe pneumonia and acute hypoxemic respiratory failure.

The patient had been well until 21 days before this admission, when myalgias, arthralgias, chills, fever (with a temperature of 39.2°C), and upper respiratory symptoms occurred. Seven days later, he was seen by his physician because of worsening symptoms. A rapid test for influenza virus was reportedly negative.

Two days later, 11 days before this admission, the patient called his physician because of persistent symptoms; prednisone and cough syrup were prescribed. After 2 more days, he was seen by an infectious-disease specialist in the outpatient clinic of another hospital. He reported exhaustion, fever (with a temperature of 38.9°C) despite having taken acetaminophen, and cough with blood-tinged sputum and pleuritic chest pain that prevented him from sleeping.

---

38 Springing a Leak

Alexander S. Rabin, M.D., Ole-Petter R. Hamnvik, M.B., B.Ch., B.A.O., Emily S. Robinson, M.D., M.P.H., Amy Leigh Miller, M.D., Ph.D., and Joseph Loscalzo, M.D., Ph.D.

A 52-year-old man presented to the emergency department with swelling in his legs and general weakness. Symmetric leg swelling had begun 4 weeks earlier. Two weeks before presentation, when it became difficult for him to wear shoes because of the swelling, he had presented to another emergency department, He had been taking levothyroxine at a dose of 150 μg daily, and the dose was increased to 175 μg daily.

The patient had had papillary thyroid cancer 11 years earlier, which was treated with total thyroidectomy and radioiodine (iodine-131) ablation. He had a history of excellent adherence to levothyroxine, at doses of 125 to 175 μg per day. He recalled having had normal thyroid-function tests approximately 14 weeks before his initial emergency department visit.

The patient's medical history also included hypertension, dyspepsia, and follicular non-Hodgkin's lymphoma, which had been diagnosed 14 years earlier. After treatment with cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisone, and rituximab, he had undergone reduced-intensity conditioned allogeneic hematopoietic stem-cell transplantation 4 years before presentation. Transplantation resulted in a complete remission, but his recovery was complicated by mild chronic graft-versus-host disease (GVHD) of the skin and gastrointestinal tract, which was managed with low-dose prednisone (5 mg daily). Three months before presentation, glucocorticoids were discontinued, without tapering, because the symptoms had resolved completely. During the same visit, the patient received a herpes zoster vaccination. Additional medications included lisinopril and pantoprazole. The patient lived with his wife and two children in Massachusetts. He did not drink alcohol and had never smoked or used illicit drugs. His father had hypertension and coronary artery disease.

---

39 Case 29-2015 — A 38-Year-Old Pregnant Woman with Headache and Visual Symptoms

Steven K. Feske, M.D., Marcia Goldberg, M.D., David M. Dudzinski, M.D., Ramon Gilberto Gonzalez, M.D., and Alexandra E. Kovach, M.D.

A 38-year-old pregnant woman (gravida 2, para 0) was admitted to this hospital at 33 weeks 3 days of gestation because of headache and visual symptoms.

The patient had been in her usual health until 2 weeks before admission, when neck pain developed. Eleven days before admission, she was seen in the emergency department and the

labor and delivery unit because of neck and back pain, occipital headache, vomiting, and a self-reported temperature of 38.9°C.

On the day of presentation, the patient felt the onset of a panic attack followed by tunnel vision; she began to hyperventilate and her vision went black from the periphery to the center. The symptoms lasted for approximately 2 minutes and were followed by spots in her visual fields, headache, neck pain that radiated to her arms, nausea, and dizziness (both unsteadiness and vertigo).

On presentation, the patient reported normal fetal movement and no fever, diarrhea, abdominal pain, vaginal bleeding, leaking fluid, or contractions. She had received prenatal care, including screenings for syphilis, human immunodeficiency virus, gonorrhea, and chlamydia (all of which were negative) and routine ultrasound examinations. During the third trimester, a glucose-tolerance test was positive. She had intermittent atypical chest pain that had lasted for several years; 2.5 months before admission,

---

40 Case 28-2015 — A 32-Year-Old Man with Fever, Headache, and Myalgias after Traveling from Liberia

Paul D. Biddinger, M.D., David C. Hooper, M.D., Erica S. Shenoy, M.D., Ph.D., Ednan K. Bajwa, M.D., M.P.H., Gregory K. Robbins, M.D., M.P.H., and John A. Branda, M.D.

In December 2014, the emergency department of this hospital received a call from a public health authority about a 32-year-old man with fever, headache, and myalgias that had developed 8 days after he had traveled from Liberia.

The patient had been in Liberia for 3 months, working as an administrator for a nonprofit organization that was involved in the response to the epidemic of Ebola virus disease (EVD). He reported temperatures that were within normal limits and had felt well until the morning of the day of admission, when a headache and myalgias developed. Several hours later, his temperature rose to 39.3°C, with associated chills. The patient contacted the public health authority, who subsequently called the person who had been previously specified as the point of contact at this hospital to discuss the facts of the case and to notify the hospital about the patient's impending arrival. The public health authority coordinated the dispatch of emergency medical services (EMS) to the patient's home.

On arrival at the emergency department, the patient was immediately placed in a negative-pressure isolation room. He rated his headache at 7 or 8 on a scale of 0 to 10 (with 10 indicating the most severe pain) and reported fatigue, mild nausea, and a reduced appetite. He had a history of a mandibular fracture that had occurred in a sledding accident 6 years previously, and he had undergone strabismus repair in early childhood and laser-assisted in situ keratomileusis 1 year before admission. He also had a history of traumatic microhyphema and partial-thickness corneal laceration that had occurred after he was bitten on the face by a dog 6 years earlier, at which time the rabies vaccine and rabies immune globulin were administered. Before the patient traveled to Liberia, he had received the tetanus–diphtheria–acellular pertussis vaccine, the live-attenuated oral typhoid vaccine, and the yellow fever vaccine. He had received doxycycline for malaria prophylaxis during the trip, but he discontinued taking the medication on the day he returned to the United States. He took no other medications and had no known allergies.

The patient was single; he had recently ended a long-term monogamous relationship and had no new sexual partners. He lived with roommates, consumed alcohol in moderation, and did not smoke or use illicit drugs. During the previous 9.5 years, he had traveled extensively in sub-

Saharan Africa, the Middle East, and the Caucasus. During his trip to Liberia, he had spent half his time in Monrovia and the remainder divided between two sites where there were no known active cases of EVD. He had not used public transportation, shared his sleeping quarters with other persons, or had exposure to animals; he had been bitten by mosquitoes. Four days before admission, he had spent time with a friend who had a resolving upper respiratory tract infection.

---

41 Case 27-2015 — A 78-Year-Old Man with Hypercalcemia and Renal Failure

Neil R. Powe, M.D., P. Gabriel Peterson, M.D., and Eugene J. Mark, M.D.

A 78-year-old man was admitted to this hospital because of hypercalcemia and renal failure.

The patient had been in his usual health until approximately 4 months before the current admission; he had been admitted to this hospital then because of dyspnea, cough, rib pain, flank pain, and one episode of hematuria that had reportedly occurred 1 week earlier.

Four months later, on the day of the current admission, the patient was seen in a clinic affiliated with this hospital for a follow-up visit. He reported that two episodes of hematuria had occurred during the previous 2 months, with fatigue but no fevers, chills, numbness, headache, neck stiffness, difficulty swallowing, incontinence, trauma, or infection. He had hypertension, hyperlipidemia, benign prostatic hypertrophy, mild cognitive decline, and choreiform movements. His medications included donepezil hydrochloride, citalopram, tamsulosin, ranitidine, quetiapine, aspirin, psyllium, and a multivitamin. He had no known allergies. He was born in Europe and had lived in South America for 10 years; he had immigrated to the United States when he was in his 40s. He lived with his wife and was retired after working in the construction and food industries. He maintained a low-salt and low-cholesterol diet, had stopped smoking 30 years earlier, had stopped drinking alcohol 1 month earlier, and did not use illicit drugs. His father had had asthma and a myocardial infarction at 62 years of age, his mother had had heart failure in her 70s, a brother had had a stroke in his 80s, and his son had died in his 30s because of arrhythmia and cardiomyopathy; his other children were healthy.

---

42 Case 26-2015 — A 9-Month-Old Girl with Recurrent Fevers

Jean E. Klig, M.D., Vandana L. Madhavan, M.D., M.P.H., Gleeson N. Rebello, M.D., and Randheer Shailam, M.D.

A 9-month-old girl was admitted to this hospital because of recurrent fevers (with temperatures up to 40.6°C) during the previous 9 days.

The patient had a history of a pelvic kidney and had otherwise been well until approximately 2 months before this admission, in the early spring, when high fevers occurred daily for 5 days, stopped for 4 days, and then recurred for 4 to 5 days. On examination by her pediatrician, a slightly erythematous tympanic membrane was reportedly present, as were labial adhesions, which precluded collection of a urine specimen for analysis or culture. A 10-day course of amoxicillin–clavulanate was administered for possible otitis media or urinary tract infection, and the fevers resolved on the third or fourth day of treatment.

Nine days before this admission, fever (with temperatures up to 40.6°C) occurred at night, with no other localizing symptoms.

The parents reported that the patient had decreased oral intake; she drank only sips of breast milk and a rehydration solution with glucose and electrolytes. She did not have a cough, rhinorrhea, vomiting, diarrhea, or a rash. She was born after a full-term gestation. Ultrasonography that had

been performed while the patient was in utero had revealed a pelvic left kidney; since birth, she had been monitored by a nephrologist. Her growth and development had been normal, and she was crawling without difficulty during this illness. Her immunizations, including the influenza vaccination, were current; she had taken no medications before this illness and had no known allergies. She lived with her parents, older siblings, and a dog and two cats. She had no exposure to tuberculosis or sick contacts and had not traveled outside the country. Her father had Graves' disease, her mother had the polycystic ovary syndrome, her sister had had a urinary tract infection, and her brother had esophageal atresia and tracheomalacia.

---

43 Case 21-2015 — A 37-Year-Old American Man Living in Vietnam, with Fever and Bacteremia

Soheyla D. Gharib, M.D., David L. Berger, M.D., Garry Choy, M.D., and Amelia E. Huck, M.D.

Gharib A 37-year-old American man living in Vietnam was transferred to this hospital because of fever and bacteremia.

The patient, who lived and worked in a city in Vietnam, had been well until approximately 1 month before the current admission, when episodes of throbbing discomfort in the right upper quadrant (described as "rolling spasms") developed; the episodes lasted for approximately 20 to 30 minutes at a time and resolved without treatment after 5 days. Approximately 2.5 weeks before the current admission, fevers, shaking chills, and body aches developed; the patient took ibuprofen but the symptoms did not improve. The next day, he was seen by a physician at an infirmary for international persons. Acetaminophen was administered; the fever reportedly abated, and the patient returned home. During the night, the temperature rose to 40.6°C, with rigors. He returned to the infirmary and was admitted to one of two inpatient beds.

The patient had previously been well. He had no known allergies. He drank alcohol in moderation and did not smoke or use illicit drugs. He was married and had two young children. He was born in and had lived in New England until 10 years earlier, when he moved to Vietnam. He was a professor at an academic institution in Massachusetts. He lived in an urban apartment complex and took occasional trips to Cambodia and New England. He had not traveled during the previous month. He had received all the indicated vaccines before moving to Vietnam and had had no recent exposure to sick persons.

---

44 Case 19-2015 — A 71-Year-Old Man with Chest Pain and Shortness of Breath

David M. Dudzinski, M.D., J.D., Anand M. Prabhakar, M.D., Leon M. Ptaszek, M.D., Ph.D., and Gus J. Vlahakes, M.D.

A 71-year-old man with congestive heart failure and ischemic cardiomyopathy was admitted to this hospital because of sudden chest pain, diaphoresis, and shortness of breath.

The patient had hypertension, hyperlipidemia, diabetes mellitus, and ischemic cardiomyopathy and had a history of myocardial infarctions (an inferoposterior myocardial infarction, which had occurred 29 years earlier, and an apical infarction, which had occurred 14 years earlier and for which percutaneous balloon angioplasty of the first marginal branch of the left circumflex artery had been performed).

His weight was stable. His medications were aspirin, irbesartan, carvedilol, hydrochlorothiazide, isosorbide mononitrate, atorvastatin, metformin, sitagliptin, and loratadine. He was allergic to penicillin and cephalosporins, which caused a rash, and he reported cough with the use of

angiotensin-converting–enzyme inhibitors. He was married and had adult children. He had a smoking history of 45 pack-years but had stopped smoking 29 years earlier, and he had recently decreased alcohol consumption from 10 drinks per week to 4 on the advice of his clinicians; he did not use illicit drugs. Several relatives had diabetes mellitus.

45 In Sight and Out of Mind

Nasia Safdar, M.D., Ph.D., Andrew Odden, M.D., Cybele L. Abad, M.D., Rameet Thapa, M.D., and Sanjay Saint, M.D., M.P.H.

A 21-year-old otherwise healthy man presented to the emergency department with fever and rash. His fever started approximately 1 week before presentation and was associated with chills, myalgia, nausea, and vomiting. He also had a headache without photophobia. On the day of admission, he woke up with a rash on his face, trunk, and extremities but could not recall the pattern of the rash. He also had diarrhea, but he said that he did not have any abdominal pain or urinary symptoms. He reported a mild cough and shortness of breath.

The patient lived in the upper midwestern United States, but 1 week before the onset of fever, he was in southern California for 4 days, and he made a short trip to Tijuana, Mexico, at that time. He did not recall being bitten by any insects during that period. He reported being sexually active with multiple female partners, and he used condoms inconsistently. He also had a history of abusing multiple substances, including intravenous heroin, cocaine, lysergic acid diethylamide (LSD), and marijuana, but he said that he had not used illicit drugs recently.

The patient had no known medical problems and did not take any medications. He smoked about half a pack of cigarettes per day and consumed alcohol rarely. He lived with his mother and two cats and worked in a food-processing factory.

46 Case 16-2015 — A 9-Year-Old Girl with Loss of Consciousness and Seizures

Elaine Wyllie, M.D., Sandra P. Rincon, M.D., and Virginia M. Pierce, M.D.

A 9-year-old girl was admitted to this hospital because of loss of consciousness and seizures.

The patient had had recent inguinal pain and swelling but had been otherwise well until the morning of admission, in early autumn, when she fell down one stair at home and struck her head. A hematoma developed on the right side of the forehead, without loss of consciousness or other injury. Shortly thereafter, she ate breakfast and then attended a previously scheduled appointment in the outpatient surgery clinic of this hospital to evaluate inguinal pain and swelling on the left side that had lasted for approximately 3 weeks and was near the site of an inguinal herniorrhaphy that had been performed 9 months earlier.

Shortly after the patient visited the clinic, approximately 2 hours after she fell down the stair, she fell again from a standing position to the ground at a shopping mall, hitting her head a second time. The patient's mother reported that the patient was on the ground, moaning, and "frothing at the mouth" and that she had tonic–clonic movements, with both arms flexed and both feet extended. The patient also had urinary incontinence and one episode of vomiting. The movements resolved within 30 to 60 seconds. Emergency medical services were called.

The history was obtained from the patient's mother. The patient was born after a full-term gestation, had had normal growth and development, and was right-handed. She had undergone bilateral inguinal herniorrhaphies 9 months earlier. Three weeks before this admission, after returning from a 2-month visit to Puerto Rico, the patient reported discomfort and swelling in

the left inguinal region. Her pediatrician prescribed a course of amoxicillin, which she began taking 9 days before this admission; the prescription was changed to amoxicillin–clavulanic acid after 2 days and then stopped 2 days later by the patient's mother because of lack of improvement and possible facial swelling. The patient had received all routine childhood vaccinations, took no other medications, and had no other known allergies. She was born in Puerto Rico and moved to the United States with her mother at 4 years of age. She lived with her mother, stepfather, and siblings in an urban area and was a student. She returned to Puerto Rico in the summers to visit her father. During the most recent visit, she was exposed to mosquitoes, stray kittens, and a pet dog. Her father had hypertension, and other relatives had asthma; there was no family history of seizures or other neurologic diseases.

---

47 Case 15-2015 — A 27-Year-Old Man with a Nail in the Eye

A 27-year-old man was brought to the emergency department of this hospital because of sudden onset of pain in his right eye.

The patient had been cutting weeds outdoors using a power string trimmer when a nail was thrown up by the machine and became lodged in the region of his right eye. He had immediate and persistent severe pain in the eye, which became excruciating with attempts to open the eye or move it. Epistaxis occurred but resolved spontaneously. He did not lose consciousness. He called emergency medical services; on examination, the nail appeared to be embedded in the center of the right globe, and there was slight bleeding. Vital signs and the remainder of the examination, including evaluation of the vision in the left eye and a peripheral neurologic examination, were normal. The eyes were bandaged with gauze, and the patient was transported by ambulance to the emergency department of this hospital, arriving approximately 20 minutes after the injury occurred.

The patient reported excruciating pain in the right eye that increased with attempts to move or open the eye. He was otherwise healthy. He was allergic to lorazepam, which had caused hives. He was single, lived alone, and worked as a landscaper. He did not smoke, drink alcohol, or use illicit drugs.

---

48 Case 13-2015 — A 27-Year-Old Woman with Arthralgias and a Rash

Emily P. Hyle, M.D., and Diana Alame, M.D.

A 27-year-old woman was seen in the emergency department of this hospital during the summer because of arthralgias and a rash.

The patient had been well until 5 days before this evaluation, when arthralgias in her fingers, hands, and shoulders developed, along with back pain, neck pain, and a retro-orbital headache. Later that day, fever occurred (temperature, 39.0°C) and was accompanied by chills, nausea, decreased appetite, sore throat, and mild redness of her eyes. She also noted a vaginal ulcer, ulcers on the side of her tongue, decreased taste sensation, and enlarged, tender lymph nodes in her neck and groin. The next morning, the patient awoke with a rash on her right forearm. The lesions were pink, pruritic, and nonpainful; some were flat and others were raised, resembling hives. Within 1 hour, the rash spread to her torso and both arms and legs. She presented to the emergency department of another hospital, where a viral illness was diagnosed on the basis of her clinical presentation; she was discharged home.

The following day, the patient's arthralgias persisted and involved not only her fingers, hands, and shoulders but also her elbows, knees, ankles, and toes. Swelling in her wrists and hands led

her to remove a bracelet and her wedding ring. Her gums bled easily when she brushed her teeth. By that evening, her fever, headache, and rash had remitted. Over the next 2 days, the arthralgias persisted but all other symptoms continued to abate. On the fifth day of illness, a new pruritic, erythematous rash developed, beginning on her palms and spreading to her arms, chest, abdomen, back, and legs, sparing the soles of her feet. The patient took ibuprofen and diphenhydramine and then presented to the emergency department of this hospital for evaluation.

The patient had a remote history of appendectomy. Her only medication was a daily multivitamin, and she had no known allergies. Immunizations were reportedly current. She lived with her husband in a suburban area of New England, worked as a chemical engineer, and enjoyed running. Three days before the onset of illness, the patient had returned from a 7-day trip to the Turks and Caicos Islands, where she spent time on the beach and received multiple mosquito bites. She was monogamous with her husband, consumed alcohol in moderation, did not smoke or use illicit drugs, and had no exposure to sick persons. There was no family history of autoimmune disease.

---

49 Case 11-2015 — A 28-Year-Old Woman with Headache, Fever, and a Rash

Farrin A. Manian, M.D., and Diana Alame, M.D.

A 28-year-old woman was seen in the emergency department of this hospital because of headache, fever, and a rash.

The patient had been well until the morning of the day of admission, when she awoke with a severe generalized headache. The headache worsened with movement, was not relieved by acetaminophen or ibuprofen, and was accompanied by nausea and one episode of nonbloody, nonbilious emesis. The patient returned to sleep and awoke again several hours later with diffuse myalgias; her temperature was 37.7°C. At that time, she also noted a rash on her abdomen, chest, and right arm; the lesions were small, red, flat, nonpruritic, and nonpainful. She described these symptoms to her father, a physician, who advised her to go to the emergency department of this hospital.

On arrival at the emergency department, the patient reported that the nausea had resolved and that mild neck stiffness had developed. She had had bacterial meningitis at 9 years of age, with symptoms similar to those of the current illness. She had no history of otitis media, sinusitis, pneumonia, or skin infections. She had a remote history of hospitalization after a motor vehicle accident. Ten months before the current illness, she had had an episode of nephrolithiasis with spontaneous passage of a renal stone. She also had a history of anxiety. Her medications were citalopram and a combined estrogen–progestin oral contraceptive. Immunizations were up to date and reportedly included vaccination against Neisseria meningitidis. She had no known allergies. She lived alone, worked as a lawyer, and had not recently traveled outside New England or had exposure to sick persons. She had a new boyfriend but was not currently sexually active. She did not smoke or use illicit drugs, and she rarely consumed alcohol. Her parents lived nearby; she had had contact with their two dogs but had not had any recent tick bites, mosquito bites, or exposure to other animals. There was no family history of immunodeficiency or autoimmune disease.

---

50 Case 6-2015 — A 16-Year-Old Boy with Coughing Spells

Michael R. Wessels, M.D., Kathryn S. Brigham, M.D., and Alfred DeMaria, Jr., M.D.

A 16-year-old boy was seen in the adolescent medicine outpatient clinic of this hospital in late spring because of coughing spells.

The patient had been well until approximately 3 weeks before the current presentation, when cough and nasal congestion developed and persisted, without fever or chills. He took fexofenadine hydrochloride, without improvement. Three days before the current presentation, he awoke at night with a severe coughing spell, with associated post-tussive emesis and trouble breathing. His parents took him to the emergency department of another hospital.

The next day, the patient continued to cough but was able to attend school. That night, he awoke from sleep with an episode of severe coughing that lasted approximately 10 minutes and was associated with two episodes of vomiting. He returned to the emergency department of the other hospital. He reported no chest pain, fevers, night sweats, or weight loss.

During the next 2 days (a weekend), the cough persisted, without paroxysms; the night before the current presentation, the patient had two episodes of severe coughing, followed by inspirations with choking sounds. On the day of the current presentation, he attended school. His parents scheduled an appointment with his pediatrician at an outpatient clinic of this hospital for later that day.

The patient reported epistaxis during his coughing episodes; his parents reported that they thought he was choking during the episodes. He did not have headaches, hearing problems, chest pain, shortness of breath other than with coughing, abdominal pain, diarrhea, or constipation. He had a history of elevated systolic blood pressure and a body-mass index in the 94th percentile. He took no regular medications. He was fully immunized with childhood vaccines, including five doses of diphtheria–tetanus–acellular pertussis (DTaP) vaccine, four doses of Haemophilus influenzae type B vaccine, three doses of hepatitis B vaccine, and two doses of measles–mumps–rubella vaccine (in infancy and early childhood), as well as two doses of meningococcal vaccine (at 11 and 16 years of age), one dose of tetanus toxoid–reduced diphtheria toxoid–acellular pertussis, adsorbed (Tdap) vaccine (at 11 years of age), and one dose of human papillomavirus vaccine (at 16 years of age); there was no documentation of pneumococcal or influenza vaccinations. He had no known allergies to medications. He lived with his parents and one younger sibling and attended high school. He occasionally drank alcohol and smoked cigarettes and was not sexually active. His father had hypertension; his mother, who was receiving chemotherapy for cancer, had a dry, nonproductive cough of approximately 4 weeks' duration, which had begun before the onset of the patient's symptoms.

Journal of the American Medical Association – JAMA

1. **Blurry Vision and a Black Ink Tattoo** JAMA |JAMA Clinical Challenge January 31, 2019

Kisha D. Piggott, MD, PhD; P. Kumar Rao, MD JAMA. 2019; doi: 10.1001/jama.2018.20671

A 26-year-old white man had recurrent episodes of ocular redness and blurry vision coincident with nodular skin elevation in a left-arm tattoo. Slit lamp examination revealed inflammatory cells in the anterior chamber of the left eye; punch biopsy of the tattooed skin revealed pigment-containing macrophages.

---

2. **Sweat Chloride Testing** JAMA Diagnostic Test Interpretation January 30, 2019

Cormac McCarthy, MD, PhD; John P. Clancy, MD; John Brewington, MD JAMA. 2019; doi: 10.1001/jama.2018.21998

A 5-year-old girl with a family history of cystic fibrosis presented with constipation, poor weight gain, and a BMI below the third percentile. Three sweat chloride tests were indeterminate, a CFTR analysis panel was negative, and whole-genome sequence analysis revealed 1 cystic fibrosis–causing mutation.

---

3. **Serum Vascular Endothelial Growth Factor D in Cystic Lung Disease** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Ali Ataya, MD; Leonard Riley, MD; Mark L. Brantly, MD JAMA. 2019; 321(4):401-402. doi: 10.1001/jama.2018.20926

A 28-year-old nonsmoking woman with shortness of breath with exertion was referred to the pulmonary clinic. A computed tomographic scan of her chest revealed diffuse thin-walled pulmonary cysts without nodules, parenchymal changes, or lymphadenopathy and her serum vascular endothelial growth factor D level was 1300 pg/mL

---

4. **Malar Rash and Polyarthritis** JAMA Clinical Challenge

Soumya Chatterjee, MD, MS, FRCP JAMA. 2019; 321(3):303-304. doi: 10.1001/jama.2018.19498

A 58-year-old woman had a 2-week history of right knee, right ankle, and bilateral finger joint pain with a facial rash after a febrile illness in her daughter and preschool grandchildren, and an ANA level elevated to 1:160 (homogeneous pattern; negative <1:80 serum dilution.

---

5. **Performing an Inadvertent Procedure** |JAMA Performance Improvement

Arjun Gupta, MD; Snigdha Jain, MD; Carol Croft, MDJAMA. 2019; doi: 10.1001/jama.2018.21438

This JAMA Performance Improvement article uses the case of a patient with end-stage renal disease admitted for septic shock, peritonitis, and calciphylaxis who erroneously underwent tunneled central catheter placement after he elected to pursue only hospice care to discuss unintended errors introduced by computerized order entry and opportunities for health information technology system improvements.

---

6. **Immunoglobulin G4 Levels** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Sajan Jiv Singh Nagpal, MBBS; Suresh T. Chari, MD JAMA. 2019; 321(2):202-203. doi: 10.1001/jama.2018.16665

A 67-year-old man with type 2 diabetes, unintentional weight loss, and increasing fasting blood glucose levels showed diffuse enlargement of the pancreas with peripheral hypoenhancement but no discrete mass on CT scan and soft tissue surrounding the abdominal arteries and left ureter

causing hydronephrosis. Testing showed no pancreatic malignancy, no abnormal findings on colonoscopy, and lab results showed elevated IgG4.

---

7. **A Fussy Infant With a Generalized Papulovesicular Rash** |JAMA Clinical Challenge

Ge Qian, MD; Ligong Hou, MD; Wu Guo, MD JAMA. 2019; doi: 10.1001/jama.2018.20666

A previously healthy infant had a 4-week history of a worsening, widespread, papulovesicular rash with nighttime irritability and restlessness; burrows were present but no excoriations, and no bacterial or fungal elements were found on a Gram stain and potassium hydroxide preparation. A babysitter reported having nighttime pruritus

---

8. **A Patient With an Elevated α-Fetoprotein Level and Liver Masses** |JAMA Clinical Challenge

Adam E. Mikolajczyk, MD; Lindsay J. Yassan, MD; Anjana A. Pillai, MD JAMA. 2019; 321(1):97-98. doi: 10.1001/jama.2018.18435

A 55-year-old man with several weeks of malaise, a 6.8-kg weight loss, a CT scan with multifocal liver masses and elevated alkaline phosphatase, ALT, and AFP levels had a heterogeneously enhancing pancreatic-tail mass on triple-phase CT.

---

9. **Fever, Rash, and Abnormal Liver Function Test Results** |JAMA Clinical Challenge

Mitsuru Mukaigawara, MD; Shuichi Sugita, MD JAMA. 2018; 320(24):2591-2592. doi: 10.1001/jama.2018.16143

A man in his 30s had a 5-day history of fever, rhinorrhea, nonproductive cough, fever, and a maculopapular rash on his neck and trunk that spread to the extremities. He had leukopenia, and liver enzyme levels were elevated.

---

10. **The Direct Antiglobulin Test for Evaluating Anemia** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Corbin Eule, MD; Arjun Gupta, MD; Srikanth Nagalla, MD JAMA. 2018; 320(24):2593-2594. doi: 10.1001/jama.2018.14317

A 68-year-old woman with chronic lymphocytic leukemia (CLL) presents with dyspnea on exertion, conjunctival pallor and scleral icterus, and moderate anemia with elevated reticulocytes and LDH and a 3+ anti-IgG direct antiglobulin test (DAT).

---

11. **A Young Woman With Chest Pain** |JAMA Clinical Challenge

Quentin R. Youmans, MD; Erin D. Unger, MD; Keith H. Benzuly, MD JAMA. 2018; 320(23):2476-2477. doi: 10.1001/jama.2018.17045

A 36-year-old gravida 3, para 3 woman who had elective cesarean delivery 11 days prior presented with 3 days of exertional chest pain, an elevated troponin I level, ST-segment depression on electrocardiography, and coronary artery dissection on angiography.

---

12. **Serum Creatinine in the Critically Ill Patient With Sepsis** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Matthieu Legrand, MD, PhD; John A. Kellum, MD JAMA. 2018; 320(22):2369-2370. doi: 10.1001/jama.2018.16627

Following esophageal resection for cancer, a 73-year-old man was admitted to the ICU with pneumonia and progressive acute respiratory failure, and he was placed on mechanical ventilation. At day 5, his creatinine level continued to increase.

---

13. **Multiple Lung Masses in a Young Woman** |JAMA Clinical Challenge

Boris I. Medarov, MD; Malik M. H. S. Khan, MD; Aakash Modi, MD JAMA. 2018; 320(20):2141-2142. doi: 10.1001/jama.2018.14770

A 38-year-old woman with a history of gastric bypass surgery and hysterectomy had acute abdominal pain. Results of routine blood testing were unremarkable; a lung biopsy revealed spindle-cell fascicles with entrapped benign alveolar tissue but no necrosis, atypia, or mitotic activity.

---

14. **Vibration-Controlled Transient Elastography for Diagnosing Cirrhosis and Staging Hepatic Fibrosis** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Julius Wilder, MD, PhD; Steve S. Choi, MD; Cynthia A. Moylan, MD, MHS JAMA. 2018; 320(19):2031-2032. doi: 10.1001/jama.2018.13073

A 68-year-old man has an undetectable hepatitis C (HCV) viral load, normal liver function tests, and an elevated vibration-controlled transient elastography (VCTE) measure after 12 weeks of antiviral treatment for HCV with stage 2 fibrosis by biopsy.

---

15. **Hyperpigmented Macule on the Palm and Diminished Sensation** |JAMA Clinical Challenge

Reda Awali, MD; Pranatharthi H. Chandrasekar, MD JAMA. 2018; 320(19):2029-2030. doi: 10.1001/jama.2018.14701

A 25-year-old Bangladeshi immigrant presented with a hyperpigmented, hypoesthetic macule on her palm and an enlarged ulnar nerve. A previous biopsy of the palm lesion had revealed perineural granulomas with inflammatory cells that stained negative for acid-fast bacilli and fungi.

---

16. **Ambulatory Blood Pressure Monitoring** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Tamar S. Polonsky, MD, MSCI; George L. Bakris, MD, MA JAMA. 2018; 320(17):1807-1808. doi: 10.1001/jama.2018.14856

A 65-year-old woman with prior RCA NSTEMI treated with PCI presents with home BP fluctuations from <120/80 mm Hg to 200/100 mm Hg and mean 24-hour ambulatory measures of <160/90 mm Hg.

---

17. **Coagulation Test Interpretation in a Patient Taking Direct Oral Anticoagulant Therapy** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Michelle Sholzberg, MDCM, MSc; Yan Xu, MD JAMA. 2018; 320(14):1485-1486. doi: 10.1001/jama.2018.13998

A 74-year-old man taking rivaroxaban for atrial fibrillation developed a subdural hematoma and had an elevated prothrombin time (PT) with normal activated partial thromboplastin time (aPTT) and platelets prior to planned surgical evacuation.

---

18. **Coagulation Test Interpretation in a Patient Taking Direct Oral Anticoagulant Therapy** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Michelle Sholzberg, MDCM, MSc; Yan Xu, MD JAMA. 2018; 320(14):1485-1486. doi: 10.1001/jama.2018.13998

A 74-year-old man taking rivaroxaban for atrial fibrillation developed a subdural hematoma and had an elevated prothrombin time (PT) with normal activated partial thromboplastin time (aPTT) and platelets prior to planned surgical evacuation.

---

19. **Diagnostic Testing for Elevated Cortisol in the Setting of an Adrenal Mass** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Naykky Singh Ospina, MD, MSc; William F. Young Jr, MD, MSc; Hans K. Ghayee, DO JAMA. 2018; 320(13):1373-1374. doi: 10.1001/jama.2018.13351

An asymptomatic 66-year-old man had a 3.1-cm left adrenal mass detected on CT scan with normal vital signs, BMI of 37, normal physical examination, and an elevated cortisol level after an overnight 1-mg dexamethasone suppression test.

---

20. **Esophageal High-Resolution Manometry in Gastroesophageal Reflux Disease** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Amit Patel, MD; Shai Posner, MD; C. Prakash Gyawali, MD, MRCP JAMA. 2018; 320(12):1279-1280. doi: 10.1001/jama.2018.8694

A 22-year-old man with a 10-year history of gastroesophageal reflux disease (GERD)–like symptoms and taking 20 mg/d of omeprazole had a normal esophagogastroduodenoscopy (EGD) and was diagnosed with achalasia following a high-resolution manometry (HRM) study.

---

21. **Carcinoembryonic Antigen for Diagnosis of Colorectal Cancer Recurrence** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Stephanie S. Kim, MD; Timothy R. Donahue, MD; Mark D. Girgis, MD JAMA. 2018; 320(3):298-299. doi: 10.1001/jama.2018.8424

A 78-year-old man with a carcinoembryonic antigen (CEA) level of 11.0 ng/mL but no evidence of metastasis underwent a right hemicolectomy (surgical pathology showed a 5.5-cm adenocardinoma with 0 of 19 lymph nodes positive for cancer). At 6 months, CEA was 3.0 ng/mL. At 12 months, CEA was 5.1 ng/mL and then 6.1 ng/mL with repeat testing.

---

22. **Progressive Weakness and Memory Impairment in a Middle-aged Man** |JAMA Clinical Challenge

Ersilia M. DeFilippis, MD; Alec Petersen, MD; Maria A. Yialamas, MD JAMA. 2018; 320(2):197-198. doi: 10.1001/jama.2018.6474

A 61-year-old man presented with 4 weeks of progressive weakness and paresthesias, cognitive impairment, difficulty ambulating independently, and hyperreflexia with diminished vibratory sensation and proprioception in his lower extremities. A complete blood cell count revealed macrocytic anemia; magnetic resonance imaging revealed prolonged T2 signal in the posterior columns of the spinal cord.

---

23. **A Woman With Fever and Lymphadenopathy** |JAMA Clinical Challenge

Jiacai Cho, MBBS, MCRP, MMed; Sze Chin Jong, MBBS, MCRP, MMed; Siok Bian Ng, MBBS, FRCPA JAMA. 2018; 319(24):2552-2553. doi: 10.1001/jama.2018.6469

A Chinese woman developed fever, cervical lymphadenopathy, cytopenias, and elevated LFTs and ferritin levels, with a positive anti-dsDNA test and hemophagocytosis on bone marrow biopsy.

---

24. **A Mediastinal Mass in a Young Man** |JAMA Clinical Challenge

Snigdha Jain, MD; Arjun Gupta, MD; Srikanth Nagalla, MD JAMA. 2018; 319(23):2432-2433. doi: 10.1001/jama.2018.7107

A healthy young adult presented to the emergency department reporting 6 months of fatigue, dry cough, dyspnea, and weight loss. A chest x-ray showed opacification of the right lung field and a CT revealed a centrally necrotic mass in the right anterior mediastinum, right pleural effusion, and compression of the superior vena cava

---

25. **A Young Woman With Cough and Lithoptysis** |JAMA Clinical Challenge

Andres de Lima, MD; Marianne Barry, MD; Adnan Majid, MD JAMA. 2018; 319(20):2129-2130. doi: 10.1001/jama.2018.5101

A 28-year-old healthy woman had a 2-week history of dyspnea, cough, wheezing, and lithoptysis. She had a borderline elevated Histoplasma antigen level, and a chest computed tomography scan revealed a calcified subcarinal mass compromising the left main-stem bronchus lumen.

---

26. **Serum α 1 -Antitrypsin Concentration in the Diagnosis of α 1 -Antitrypsin Deficiency** JAMA Diagnostic Test Interpretation

Killian Hurley, MD, PhD; George T. O'Connor, MD, MS JAMA. 2018; 319(19):2034-2035. doi: 10.1001/jama.2018.3888

A 64-year-old man with a family history of early-onset lung disease, presented with dyspnea and recurrent pneumonia, emphysema changes on CT, and a serum α1-antitrypsin concentration of 14 mg/dL.

---

27. **A 58-Year-Old Man With a Macerated Rash of the Neck and Axilla** |JAMA Clinical Challenge

Christopher Haley, MD; Uyen Ngoc Mui, MD; Stephen K. Tyring, MD, PhD JAMA. 2018; 319(14):1499-1500. doi: 10.1001/jama.2018.2285

An African American man presented with a 5-year history of a pruritic and painful rash of the right lateral area of the neck and right axilla that worsened in the summer and sometimes blistered. A sister had a similar rash.

---

28. **Evaluation of the Direct Antiglobulin Test (DAT) in the Setting of Mycoplasma pneumoniae Infection** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Brady Stein, MD, MHS; Nicole DeCredico, MD; Luke Hillman, MD JAMA. 2018; 319(13):1377-1378. doi: 10.1001/jama.2018.1969

A young adult with community-acquired Mycoplasma pneumonia was found to have new-onset anemia, thrombocytosis, positive direct antiglobulin testing for anti-C3, and red blood cell agglutination at 4°C and at room temperature.

---

29. **β-Blockers in Myocardial Infarction: Issues With Standard Admission Order Sets** |JAMA Performance Improvement

Arjun Gupta, MD; Sandeep R. Das, MD; Ambarish Pandey, MD JAMA. 2018; 319(12):1269-1270. doi: 10.1001/jama.2018.0845

This JAMA Performance Improvement article uses the case of a patient with acute myocardial infarction and heart failure who developed cardiogenic shock after being given carvedilol as part of a standard STEMI admission order set to discuss the limits of orders sets and of guideline-based care and the need to optimize each for individual patient circumstances.

---

30. **Gastroesophageal Reflux Monitoring** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Amit Patel, MD; C. Prakash Gyawali, MD, MRCP JAMA. 2018; 319(12):1271-1272. doi: 10.1001/jama.2018.1144

A 56-year-old woman with persistent GERD symptoms on 40 mg esomeprazole had a normal EGD and 24-hour ambulatory reflux monitoring results.

---

31. **Peristomal Nodule in a Patient With Ovarian Cancer** |JAMA Clinical Challenge
Sarika M. Ramachandran, MD; Lucy Y. Liu, BA; Sara H. Perkins, MD JAMA. 2018; 319(11):1158-1159. doi: 10.1001/jama.2018.0770

A 56-year-old woman with a history of ovarian cancer and surgical colostomy for small bowel obstruction had a firm, nontender, multilobulated nodule with an ulcerated center adjacent to her stoma, without change despite multiple rounds of antibiotics

---

32. **Ulcerated Nodule of the Fingernail** |JAMA Clinical Challenge

Shari R. Lipner, MD, PhD JAMA. 2018; 319(7):713-714. doi: 10.1001/jama.2018.0179

A woman receiving immunosuppressant therapy after a prior kidney transplant presented with a tender ulcerated nodule on her fingernail with nail loss, purulent drainage, and histopathology showing a pyogenic granuloma–like response with atypical epithelioid and spindled cells adjacent to blood vessels.

---

33. **Evaluating Thrombocytopenia During Heparin Therapy** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Yu-Min Shen, MD; Heather Wolfe, MD; Stephen Barman, MD JAMA. 2018; 319(5):497-498. doi: 10.1001/jama.2017.21898

A 45-year-old man with superior mesenteric vein thrombosis (SMVT) and with mesenteric ischemia was treated with partial small bowel resection and 2 weeks of enoxaparin. Three weeks later, he underwent bowel resection for recurrent SMVT and developed venous thromboembolism on intravenous heparin. Lab results were consistent with heparin-induced thrombocytopenia (4Ts score, 6).

---

34. **Oversedation of a Patient With Obstructive Sleep Apnea Prior to Imaging** |JAMA Performance Improvement

Eddie Blay Jr, MD; Cynthia Barnard, PhD, MBA; Karl Y. Bilimoria, MD, MS JAMA. 2018; 319(5):495-496. doi: 10.1001/jama.2017.22004

This JAMA Performance Improvement article uses the case of a patient with obstructive sleep apnea who experienced cardiac arrest after sedation for magnetic resonance imaging to discuss proper handling and avoidance of oversedation in high-risk patients.

---

35. **Nystagmus and Platinum Hair** JAMA Clinical Challenge

Maria Fernanda Abalem, MD; P. Kumar Rao, MD; Rajesh C. Rao, MD JAMA. 2018; 319(4):399-400. doi: 10.1001/jama.2017.20673

A 25-year-old woman of European ethnic ancestry with poor vision and photophobia since childhood and a history of pendular nystagmus had hypopigmented hair and lashes, fair skin, and reddish-pink irides on examination, with visual acuity 20/60 bilaterally.

---

36. **A Woman With a Large Ulcerated Nodule on the Finger** |JAMA Clinical Challenge

Ramya Vangipuram, MD; Christopher Haley, MD; Stephen K. Tyring, MD, PhD JAMA. 2018; 319(1):78-79. doi: 10.1001/jama.2017.19282

A 59-year-old African American woman had a rapidly enlarging, nonfluctuant, noninflamed nodule with central ulceration on one finger. She had no history of hand trauma, joint pain, stiffness, or lymphadenopathy; results of a recent complete blood cell count and comprehensive metabolic profile were unremarkable.

---

37. **Insulin Dosing Error in a Patient With Severe Hyperkalemia** |JAMA Performance Improvement

D. Brock Hewitt, MD, MPH; Cynthia Barnard, PhD, MBA; Karl Y. Bilimoria, MD, MS JAMA. 2017; 318(24):2485-2486. doi: 10.1001/jama.2017.7964

This JAMA Performance Improvement article uses the case of a patient who received an overdose of insulin to discuss proper protocol and follow-up after a medication dosing error.

---

38. **Wrong-Site Surgery** |JAMA Performance Improvement

Kathryn E. Engelhardt, MD; Cynthia Barnard, PhD, MBA; Karl Y. Bilimoria, MD, MS JAMA. 2017; 318(20):2033-2034. doi: 10.1001/jama.2017.17177

This JAMA Performance Improvement article uses the case of a patient with both a cancerous mass and a benign mass in the same breast in whom the wrong mass was excised to discuss proper handling of wrong-site surgery

---

39. **Erythematous Rash Following Hematopoietic Stem Cell Transplantation** |JAMA Clinical Challenge

Connie R. Shi, BS; Molly Plovanich, MD; Susan Burgin, MD JAMA. 2017; 318(18):1822-1823. doi: 10.1001/jama.2017.14949

A 66-year-old man developed noninfectious fever and rash after autologous HSCT. Chest computed tomography showed ground-glass and consolidative lung opacities; skin punch biopsy showed vacuolar change and superficial perivascular mononuclear cell infiltrate.

---

40. **Interpretation of Urine Drug Screens: Metabolites and Impurities** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Geeta Nagpal, MD; Heather Heiman, MD; Shannon Haymond, PhD JAMA. 2017; 318(17):1704-1705. doi: 10.1001/jama.2017.10910

A comprehensive urine drug screen for a 50-year-old woman taking daily methadone, immediate-release morphine, gabapentin, duloxetine, and celecoxib for pain was positive for methadone and morphine but also codeine and hydromorphone

---

41. **Multiple Hyperpigmented Macules in a Child** |JAMA Clinical Challenge

Yuka Maya, MD; Shota Takashima, MD; Mitsuhito Ota, MD, PhD JAMA. 2017; 318(15):1493-1494. doi: 10.1001/jama.2017.13861

A healthy 7-month-old female infant had 2 months of sharply marginated, polymorphic, nonscaly hyperpigmented macules on the back and thighs, without erythema, trauma, or abnormal laboratory test results.

---

42. **Urinalysis in the Evaluation of Proliferative Glomerulonephritis** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Ziv Harel, MD, MSc; David L. Simel, MD, MHS; Ron Wald, MDCM, MPH JAMA. 2017; 318(13):1276-1277. doi: 10.1001/jama.2017.14482

A 62-year-old woman with hypertension and who had a urinary tract infection with hematuria 1 year ago presented with elevated serum creatinine. Her urinalysis was positive for hematuria, red blood cell casts, and proteinuria.

---

43. **Aspergillus Galactomannan for Diagnosing Invasive Aspergillosis** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Marisa H. Miceli, MD; Carol A. Kauffman, MD JAMA. 2017; 318(12):1175-1176. doi: 10.1001/jama.2017.10661

A 67-year-old man with granulomatous polyangiitis treated with prednisone and azathioprine has a positive galactomannan enzyme immunoassay and fungal cultures positive for Aspergillus fumigatus in bronchoalveolar lavage fluid obtained for evaluation of dyspnea and a cavitary pulmonary nodule.

---

44. **A Pink Nodule on a Boy's Left Cheek** |JAMA Clinical Challenge

Wei Liu, MD; Jia-Wei Liu, MD; Dong-Lai Ma, MD, PhD JAMA. 2017; 318(11):1059-1060. doi: 10.1001/jama.2017.13023

A 4-year-old boy had a 1-cm well-circumscribed, symmetrical, pinkish, dome-shaped nodule with central erosions on the left cheek. Hair, nails, and mucosae were of normal appearance, and the remainder of the examination was unremarkable.

---

45. **Urine Drug Screens to Monitor Opioid Use for Managing Chronic Pain** JAMA Diagnostic Test Interpretation

Shannon Haymond, PhD; Geeta Nagpal, MD; Heather Heiman, MD JAMA. 2017; 318(11):1061-1062. doi: 10.1001/jama.2017.10593

A 53-year-old woman with chronic low back pain presented for a prescription refill of hydrocodone/acetaminophen. She had partial paralysis from a thoracic spinal cord infarction secondary to aortic dissection from prior cocaine use and reported taking hydrocodone on that day but no recent illicit drug use. Urine immunoassay drug screen results were negative overall but positive for cocaine.

---

46. **Antiphospholipid Antibodies** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Arjun Gupta, MD; David H. Johnson, MD; Srikanth Nagalla, MD JAMA. 2017; 318(10):959-960. doi: 10.1001/jama.2017.4854

A 39-year-old man with a history of ischemic stroke presented with right calf swelling and shortness of breath and was diagnosed with pulmonary embolism by CTPA. Testing 2 days later showed elevated titers of anticardiolipin and anti–β2 glycoprotein I antibodies and negative lupus anticoagulant screening assays

---

47. **Screening for Depression** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Matthew E. Hirschtritt, MD, MPH; Kurt Kroenke, MD JAMA. 2017; 318(8):745-746. doi: 10.1001/jama.2017.9820

A 57-year-old man presented with a history of HIV, hyperlipidemia, and major depressive disorder reporting depression and insomnia. He was taking bupropion but recent life events led to increased depressive symptoms.

---

48. **A Woman With Purple Macules on the Legs** |JAMA Clinical Challenge

Jeffrey M. Cohen, MD; Alisa N. Femia, MD; Roger S. Ho, MD, MS, MPH JAMA. 2017; 318(6):569-570. doi: 10.1001/jama.2017.9227

A 30-year-old woman had widespread, erythematous, purpuric macules and papules on the abdomen and extremities. A skin punch biopsy showed extravasated erythrocytes, a neutrophilic infiltrate, fibrinoid necrosis, and broken-down neutrophils releasing nuclear debris

---

49. **24-Hour Urine Calcium in the Evaluation and Management of Nephrolithiasis** |JAMA Diagnostic Test Interpretation

Li Song, MD; Naim M. Maalouf, MD JAMA. 2017; 318(5):474-475. doi: 10.1001/jama.2017.7085

A 29-year-old man presented with recurrent nephrolithiasis with 95% calcium oxalate and 5% calcium phosphate. His maternal family history was significant for nephrolithiasis, but his laboratory studies showed normal results.

---

50. **Epistaxis, Ecchymoses, and an Abnormal White Blood Cell Count** JAMA Clinical Challenge

Meredith H. Sellers, MD; Shira N. Dinner, MD JAMA. 2017; 318(4):383-384. doi: 10.1001/jama.2017.9020

A 42-year-old man had epistaxis and spontaneous ecchymoses of the extremities. A complete blood cell count and coagulation profile showed abnormalities, and a peripheral blood smear showing promyelocytes with bilobed nuclei and azurophilic cytoplasmic granules

---

ANNEXE 16

Stoplist

maria	her	until	other
banks	hers	while	some
chris	herself	of	such
cross	it	at	no
jessica	its	by	nor
taub	itself	for	not
jimmy	they	with	only
keen	them	about	own
mark	their	against	same
thompson	theirs	between	so
karen	themselves	into	than
green	what	through	too
george	which	during	very
groose	who	before	s
tom	whom	after	t
bento	this	above	can
carole	that	below	will
smith	these	to	just
carl	those	from	don
friegger	am	up	should
jane	is	down	now
blacks	are	in	
klaus	was	out	
marr	were	on	
carlos	be	off	
mansion	been	over	
i	being	under	
me	have	again	
my	has	further	
myself	had	then	
we	having	once	
our	do	here	
ours	does	there	
ourselves	did	when	
you	doing	where	
your	a	why	
yours	an	how	
yourself	the	all	
yourselves	and	any	
he	but	both	
him	if	each	
his	or	few	
himself	because	more	
she	as	most	

ANNEXE 17

Wordlist de référence (WL référence)

#Lemma Types: 5005
#Lemma Tokens: 23093
#Search Hits: 0

1	316	year	63	47	episode	129	28	weight	195	22	someone
2	249	patient	64	47	food	130	27	breathing	196	22	spread
3	226	old	65	47	nausea	131	27	c	197	22	syndrome
4	209	pain	66	47	two	132	27	injury	198	22	together
5	189	disease	67	46	headache	133	27	mother	199	21	amount
6	170	day	68	45	sick	134	27	noted	200	21	animal
7	140	blood	69	45	swelling	135	27	sore	201	21	artery
8	140	history	70	45	system	136	27	treatment	202	21	bad
9	127	body	71	45	vaccine	137	27	tube	203	21	better
10	125	emergency	72	44	well	138	27	work	204	21	chronic
11	119	hospital	73	43	acute	139	26	cancer	205	21	control
12	115	man	74	43	help	140	26	dyspnea	206	21	diagnosis
13	106	make	75	43	medication	141	26	fight	207	21	fatigue
14	103	department	76	43	rash	142	26	flu	208	21	first
15	94	woman	77	42	cough	143	26	known	209	21	fracture
16	88	presented	78	42	illness	144	26	level	210	21	lots
17	86	use	79	41	vomiting	145	26	operation	211	21	movement
18	82	fever	80	40	care	146	26	sometimes	212	21	night
19	78	reported	81	40	stop	147	25	allergy	213	21	ray
20	77	month	82	39	inside	148	25	breathe	214	21	special
21	76	cell	83	39	loss	149	25	follow	215	21	substance
22	72	admission	84	39	person	150	25	parent	216	21	urine
23	70	drug	85	39	used	151	25	r	217	21	ve
24	69	medical	86	38	alcohol	152	25	result	218	20	able
25	69	test	87	37	live	153	25	start	219	20	affect
26	68	case	88	37	usually	154	25	temperature	220	20	air
27	68	chest	89	37	without	155	25	three	221	20	begin
28	67	bone	90	36	family	156	24	bowel	222	20	death
29	66	doctor	91	36	go	157	24	disorder	223	20	ear
30	66	get	92	36	occur	158	24	including	224	20	eat
31	66	symptom	93	35	give	159	24	last	225	20	germ
32	65	people	94	35	health	160	24	long	226	20	hand
33	63	one	95	35	muscle	161	24	look	227	20	often
34	62	time	96	35	need	162	24	new	228	20	per
35	61	also	97	34	another	163	24	period	229	20	reportedly
36	58	abdominal	98	34	side	164	24	pulmonary	230	20	scan
37	58	medicine	99	34	study	165	24	several	231	20	sleep
38	58	right	100	33	word	166	24	taking	232	20	surgery
39	58	skin	101	32	around	167	23	associated	233	20	upper
40	58	type	102	32	change	168	23	born	234	19	come
41	57	re	103	32	children	169	23	chill	235	19	diarrhea
42	56	early	104	32	drink	170	23	clinic	236	19	difficulty
43	56	like	105	32	home	171	23	fluid	237	19	hold
44	56	presentation	106	32	means	172	23	happen	238	19	low
45	56	severe	107	32	normal	173	23	leg	239	19	lower
46	55	developed	108	32	virus	174	23	mild	240	19	move
47	54	left	109	32	way	175	23	neck	241	19	place
48	54	part	110	31	breath	176	23	onset	242	19	reaction
49	53	cause	111	31	different	177	23	sudden	243	19	revealed
50	52	lung	112	31	evaluation	178	23	throat	244	19	stomach
51	52	see	113	31	later	179	23	x	245	19	tissue
52	51	heart	114	31	show	180	22	current	246	19	treated
53	51	weeks	115	31	took	181	22	dose	247	18	area
54	50	brain	116	30	become	182	22	eating	248	18	away
55	50	called	117	30	made	183	22	end	249	18	bring
56	50	eye	118	30	may	184	22	feel	250	18	condition
57	49	back	119	30	seizure	185	22	hours	251	18	elevated
58	49	infection	120	30	week	186	22	illicit	252	18	exercise
59	49	something	121	29	approximately	187	22	kidney	253	18	given
60	49	take	122	29	baby	188	22	large	254	18	high
61	48	admitted	123	29	joint	189	22	mouth	255	18	keep
62	48	small	124	29	problem	190	22	next	256	18	liver
			125	28	attack	191	22	recent	257	18	previous
			126	28	daily	192	22	recurrent	258	18	previously
			127	28	found	193	22	shortness	259	18	strong
			128	28	hypertension	194	22	sign	260	18	undergo

261	18	water	334	13	general	407	11	hearing	480	10	vehicle
262	17	diabetes	335	13	hair	408	11	infarction	481	10	windpipe
263	17	failure	336	13	head	409	11	lesion	482	10	worked
264	17	getting	337	13	immune	410	11	myalgias	483	10	wrong
265	17	healthy	338	13	improvement	411	11	near	484	9	acetaminophen
266	17	important	339	13	intermittent	412	11	never	485	9	appetite
267	17	name	340	13	job	413	11	physical	486	9	ask
268	17	pressure	341	13	kg	414	11	physician	487	9	aspirin
269	17	respiratory	342	13	liquid	415	11	positive	488	9	attended
270	17	sweat	343	13	local	416	11	properly	489	9	biopsy
271	17	tooth	344	13	lost	417	11	protect	490	9	causing
272	17	worse	345	13	lot	418	11	regular	491	9	cm
273	17	worsen	346	13	morning	419	11	renal	492	9	common
274	16	accident	347	13	nervous	420	11	rest	493	9	consume
275	16	asthma	348	13	other	421	11	services	494	9	contain
276	16	b	349	13	painful	422	11	shot	495	9	coronary
277	16	consciousness	350	13	picture	423	11	smoke	496	9	d
278	16	contact	351	13	really	424	11	tell	497	9	depression
279	16	dangerous	352	13	serious	425	10	administered	498	9	difficult
280	16	father	353	13	spinal	426	10	adult	499	9	dyspnoea
281	16	girl	354	13	stopped	427	10	allergic	500	9	easily
282	16	included	355	13	taken	428	10	ambulance	501	9	either
283	16	knee	356	13	term	429	10	arm	502	9	enzyme
284	16	present	357	13	tiny	430	10	attributed	503	9	evaluate
285	16	put	358	13	trauma	431	10	awake	504	9	exertion
286	16	room	359	13	travel	432	10	central	505	9	face
287	16	state	360	12	anxiety	433	10	clinical	506	9	factor
288	16	weakness	361	12	bacterium	434	10	cold	507	9	fibrosis
289	15	abdomen	362	12	carry	435	10	could	508	9	flight
290	15	age	363	12	check	436	10	decline	509	9	full
291	15	bladder	364	12	community	437	10	denied	510	9	growth
292	15	find	365	12	continued	438	10	describe	511	9	ill
293	15	form	366	12	cord	439	10	develop	512	9	immunise
294	15	harmful	367	12	course	440	10	device	513	9	infant
295	15	increased	368	12	ct	441	10	emesis	514	9	influenza
296	15	much	369	12	fall	442	10	england	515	9	injection
297	15	past	370	12	four	443	10	exposure	516	9	intravenous
298	15	received	371	12	friend	444	10	flow	517	9	let
299	15	resolved	372	12	hormone	445	10	good	518	9	life
300	15	things	373	12	intestine	446	10	h	519	9	ll
301	15	white	374	12	light	447	10	headaches	520	9	machine
302	15	young	375	12	m	448	10	hour	521	9	male
303	14	activity	376	12	multiple	449	10	ibuprofen	522	9	material
304	14	chemical	377	12	negative	450	10	instance	523	9	mellitus
305	14	felt	378	12	nerve	451	10	lasting	524	9	middle
306	14	group	379	12	organ	452	10	less	525	9	monitor
307	14	hepatitis	380	12	persist	453	10	little	526	9	mucus
308	14	hurt	381	12	persistent	454	10	malaise	527	9	occasionally
309	14	mass	382	12	report	455	10	many	528	9	open
310	14	mg	383	12	second	456	10	min	529	9	outpatient
311	14	non	384	12	shock	457	10	nodule	530	9	panic
312	14	oxygen	385	12	smoked	458	10	nonbloody	531	9	prescription
313	14	pneumonia	386	12	treat	459	10	nose	532	9	procedure
314	14	prescribed	387	12	usual	460	10	oral	533	9	psychiatric
315	14	related	388	12	vision	461	10	outside	534	9	quadrant
316	14	returned	389	12	walking	462	10	palpitation	535	9	recently
317	14	short	390	12	within	463	10	pandemic	536	9	reduce
318	14	therapy	391	12	womb	464	10	passed	537	9	referred
319	14	vessel	392	11	acid	465	10	pregnancy	538	9	set
320	14	wife	393	11	antibody	466	10	pregnant	539	9	shoulder
321	13	antibiotic	394	11	appeared	467	10	risk	540	9	sound
322	13	bite	395	11	arrival	468	10	say	541	9	specialise
323	13	certain	396	11	bleeding	469	10	sickness	542	9	spot
324	13	child	397	11	boy	470	10	signal	543	9	stay
325	13	coughing	398	11	break	471	10	similar	544	9	thought
326	13	cut	399	11	clear	472	10	suddenly	545	9	trait
327	13	diagnosed	400	11	decreased	473	10	surgical	546	9	travele
328	13	drinking	401	11	doesn	474	10	swallowing	547	9	unable
329	13	enough	402	11	effect	475	10	talk	548	9	unite
330	13	every	403	11	evening	476	10	times	549	9	valve
331	13	examination	404	11	following	477	10	traumatic	550	9	visual
332	13	fast	405	11	gland	478	10	trip	551	9	waste
333	13	feeling	406	11	going	479	10	urinary	552	9	working

553	9	worsening	626	8	sugar	699	7	stroke	772	6	lead
554	8	ability	627	8	surface	700	7	support	773	6	ligament
555	8	absorbed	628	8	testing	701	7	sure	774	6	likely
556	8	airway	629	8	thigh	702	7	swollen	775	6	lymphadenopathy
557	8	anaesthetic	630	8	think	703	7	train	776	6	main
558	8	anemia	631	8	third	704	7	turn	777	6	mainly
559	8	anti	632	8	unit	705	7	u	778	6	maternal
560	8	arms	633	8	unresponsive	706	7	ulcer	779	6	message
561	8	arrive	634	8	vein	707	7	unknown	780	6	might
562	8	arthritis	635	8	watch	708	7	visit	781	6	mitral
563	8	benign	636	8	won	709	7	walk	782	6	ml
564	8	big	637	7	active	710	7	weak	783	6	nail
565	8	birth	638	7	allow	711	7	works	784	6	nonbilious
566	8	bottom	639	7	along	712	6	abnormal	785	6	normally
567	8	calcium	640	7	ankle	713	6	accompany	786	6	occupational
568	8	call	641	7	available	714	6	actually	787	6	ok
569	8	car	642	7	bilateral	715	6	adverse	788	6	opening
570	8	cardiac	643	7	brother	716	6	agree	789	6	personnel
571	8	childhood	644	7	bruise	717	6	american	790	6	piece
572	8	chromosome	645	7	center	718	6	anaemia	791	6	point
573	8	consist	646	7	cigarette	719	6	anything	792	6	poisoning
574	8	count	647	7	close	720	6	appointment	793	6	poor
575	8	developing	648	7	cocaine	721	6	arrest	794	6	public
576	8	die	649	7	colon	722	6	arthralgias	795	6	quickly
577	8	discuss	650	7	complete	723	6	block	796	6	radiated
578	8	dry	651	7	completely	724	6	boston	797	6	relative
579	8	due	652	7	digestive	725	6	breast	798	6	relief
580	8	electrical	653	7	direct	726	6	broken	799	6	removed
581	8	function	654	7	done	727	6	cast	800	6	routine
582	8	g	655	7	easier	728	6	catching	801	6	secondary
583	8	gas	656	7	egg	729	6	clean	802	6	section
584	8	gene	657	7	etc	730	6	cleft	803	6	seem
585	8	glucose	658	7	event	731	6	clonic	804	6	sensation
586	8	gum	659	7	facial	732	6	clot	805	6	sex
587	8	hard	660	7	final	733	6	cognitive	806	6	sharp
588	8	heal	661	7	foot	734	6	color	807	6	shelter
589	8	heroin	662	7	gastrointestinal	735	6	confuse	808	6	significant
590	8	however	663	7	got	736	6	connect	809	6	six
591	8	indicate	664	7	grow	737	6	constant	810	6	sneezing
592	8	inflame	665	7	haemoptysis	738	6	contagious	811	6	soft
593	8	insulin	666	7	half	739	6	december	812	6	son
594	8	intensive	667	7	hear	740	6	deficiency	813	6	specific
595	8	kind	668	7	hematoma	741	6	described	814	6	tablet
596	8	measles	669	7	hole	742	6	diaphoresis	815	6	therapist
597	8	measure	670	7	husband	743	6	diarrhoea	816	6	tobacco
598	8	membrane	671	7	immunity	744	6	diet	817	6	tonic
599	8	mental	672	7	increasing	745	6	diffuse	818	6	transfusion
600	8	minutes	673	7	infectious	746	6	discomfort	819	6	transient
601	8	moving	674	7	know	747	6	energy	820	6	unconscious
602	8	myocardial	675	7	lymph	748	6	epigastric	821	6	vaccination
603	8	numb	676	7	making	749	6	even	822	6	winter
604	8	obtain	677	7	mean	750	6	everything	823	6	wound
605	8	oedema	678	7	migraine	751	6	extra	824	6	write
606	8	partial	679	7	mm	752	6	extremity	825	6	yellow
607	8	practitioner	680	7	motor	753	6	feet	826	5	according
608	8	prevent	681	7	needed	754	6	finger	827	5	add
609	8	prior	682	7	opioid	755	6	five	828	5	adrenal
610	8	produce	683	7	order	756	6	foreign	829	5	afterwards
611	8	progressive	684	7	pack	757	6	front	830	5	alone
612	8	rated	685	7	passage	758	6	gastric	831	5	although
613	8	remove	686	7	perform	759	6	goodness	832	5	ambulatory
614	8	rid	687	7	primary	760	6	grind	833	5	amoxicillin
615	8	scale	688	7	process	761	6	hip	834	5	anorexia
616	8	self	689	7	pus	762	6	hot	835	5	anterior
617	8	sibling	690	7	rare	763	6	human	836	5	antigen
618	8	since	691	7	rate	764	6	hyperlipidemia	837	5	anyone
619	8	size	692	7	redness	765	6	imaging	838	5	apartment
620	8	spasm	693	7	response	766	6	improve	839	5	article
621	8	spontaneous	694	7	send	767	6	increase	840	5	asleep
622	8	states	695	7	serum	768	6	inhaler	841	5	assessed
623	8	stiffness	696	7	space	769	6	injected	842	5	assessment
624	8	stool	697	7	spine	770	6	jaw	843	5	association
625	8	strength	698	7	still	771	6	june	844	5	atrial

845	5	autoimmune	918	5	obstructive	991	4	aged	1064	4	fibrillation
846	5	avoid	919	5	otherwise	992	4	ago	1065	4	fighting
847	5	beat	920	5	p	993	4	alert	1066	4	finding
848	5	bleed	921	5	pacemaker	994	4	altered	1067	4	fingers
849	5	blister	922	5	patch	995	4	anaphylaxis	1068	4	fire
850	5	bruising	923	5	pelvic	996	4	anticoagulant	1069	4	fixed
851	5	burst	924	5	performance	997	4	antiglobulin	1070	4	flank
852	5	cannot	925	5	photophobia	998	4	antiseptic	1071	4	floor
853	5	carcinoma	926	5	pink	999	4	apart	1072	4	flowing
854	5	cardiomyopathy	927	5	planned	1000	4	apply	1073	4	force
855	5	catch	928	5	plastic	1001	4	aren	1074	4	forehead
856	5	chance	929	5	platelet	1002	4	attempt	1075	4	formed
857	5	chemotherapy	930	5	poison	1003	4	august	1076	4	forming
858	5	colitis	931	5	post	1004	4	bag	1077	4	freckle
859	5	colour	932	5	power	1005	4	ball	1078	4	free
860	5	complaining	933	5	preceding	1006	4	band	1079	4	frequently
861	5	congenital	934	5	program	1007	4	base	1080	4	fully
862	5	cover	935	5	proper	1008	4	behavior	1081	4	haemorrhage
863	5	cpr	936	5	protection	1009	4	blockage	1082	4	herpes
864	5	cystic	937	5	psychiatrist	1010	4	bloody	1083	4	hg
865	5	dark	938	5	pupil	1011	4	brief	1084	4	hiccup
866	5	daughter	939	5	push	1012	4	brittle	1085	4	hidden
867	5	despite	940	5	quit	1013	4	bronchi	1086	4	hodgkin
868	5	drop	941	5	radiation	1014	4	bronchodilator	1087	4	homeless
869	5	dull	942	5	radioactive	1015	4	carbon	1088	4	hyperpigmented
870	5	duration	943	5	recovery	1016	4	cardiopulmonary	1089	4	hysterectomy
871	5	ease	944	5	reduced	1017	4	cat	1090	4	icu
872	5	easy	945	5	release	1018	4	cervix	1091	4	images
873	5	equipment	946	5	replace	1019	4	chicken	1092	4	immediately
874	5	error	947	5	restlessness	1020	4	chloride	1093	4	immunization
875	5	experienced	948	5	resuscitation	1021	4	choking	1094	4	include
876	5	finish	949	5	rubella	1022	4	circulation	1095	4	incontinence
877	5	flexible	950	5	running	1023	4	co	1096	4	inflammation
878	5	forward	951	5	school	1024	4	coagulation	1097	4	injured
879	5	generalise	952	5	screening	1025	4	collection	1098	4	inserted
880	5	generalize	953	5	setting	1026	4	coma	1099	4	intubate
881	5	gradually	954	5	sickle	1027	4	complain	1100	4	irritable
882	5	grown	955	5	site	1028	4	completed	1101	4	jail
883	5	hands	956	5	slow	1029	4	complex	1102	4	laceration
884	5	heavy	957	5	smoking	1030	4	complicate	1103	4	lack
885	5	hematuria	958	5	sort	1031	4	computed	1104	4	late
886	5	hive	959	5	spell	1032	4	confusion	1105	4	layer
887	5	house	960	5	sprain	1033	4	conjunctivitis	1106	4	led
888	5	impairment	961	5	stem	1034	4	consistent	1107	4	lessen
889	5	inflammatory	962	5	stuff	1035	4	constipation	1108	4	limb
890	5	information	963	5	subsequently	1036	4	consumption	1109	4	limited
891	5	inguinal	964	5	sun	1037	4	containing	1110	4	lip
892	5	inhibitor	965	5	swallowed	1038	4	contraceptive	1111	4	location
893	5	initial	966	5	thin	1039	4	cramps	1112	4	lymphocyte
894	5	initially	967	5	tire	1040	4	cream	1113	4	macules
895	5	involve	968	5	top	1041	4	currently	1114	4	magnetic
896	5	involved	969	5	touch	1042	4	deadly	1115	4	march
897	5	itchy	970	5	tract	1043	4	decide	1116	4	mask
898	5	jama	971	5	trouble	1044	4	defibrillator	1117	4	memory
899	5	lets	972	5	true	1045	4	development	1118	4	methadone
900	5	liberia	973	5	tuberculosis	1046	4	dinner	1119	4	method
901	5	liter	974	5	twice	1047	4	directly	1120	4	mind
902	5	living	975	5	twin	1048	4	discharge	1121	4	minimal
903	5	lose	976	5	uk	1049	4	dissection	1122	4	moderation
904	5	lying	977	5	ulcerated	1050	4	dizziness	1123	4	monitoring
905	5	lymphatic	978	5	ultrasound	1051	4	eaten	1124	4	moved
906	5	lymphoma	979	5	unusual	1052	4	eight	1125	4	mri
907	5	management	980	5	vietnam	1053	4	elective	1126	4	multifocal
908	5	marrow	981	5	viral	1054	4	embolism	1127	4	mutation
909	5	meningitis	982	5	wake	1055	4	emphysema	1128	4	nebulizer
910	5	mmol	983	5	wee	1056	4	empty	1129	4	necrosis
911	5	mucous	984	5	women	1057	4	epistaxis	1130	4	nephrolithiasis
912	5	mump	985	4	abate	1058	4	erythematous	1131	4	neurologic
913	5	needle	986	4	abscess	1059	4	everyday	1132	4	ng
914	5	neurological	987	4	acellular	1060	4	excess	1133	4	note
915	5	neurology	988	4	action	1061	4	febrile	1134	4	notice
916	5	nonproductive	989	4	adjacent	1062	4	fell	1135	4	novel
917	5	obstruction	990	4	african	1063	4	female	1136	4	nurse

1137	4	obvious	1210	4	stitch	1283	3	brace	1356	3	e
1138	4	occasional	1211	4	stopping	1284	3	breathless	1357	3	elbow
1139	4	option	1212	4	stress	1285	3	build	1358	3	else
1140	4	overdose	1213	4	student	1286	3	building	1359	3	embryo
1141	4	pale	1214	4	suggest	1287	3	buried	1360	3	ems
1142	4	pallor	1215	4	supply	1288	3	burn	1361	3	endocrine
1143	4	palm	1216	4	surgeon	1289	3	calf	1362	3	entrance
1144	4	paracetamol	1217	4	surrounding	1290	3	camera	1363	3	epinephrine
1145	4	participate	1218	4	sustained	1291	3	cancerous	1364	3	esophageal
1146	4	pass	1219	4	syncope	1292	3	capillary	1365	3	example
1147	4	pattern	1220	4	tender	1293	3	carbohydrate	1366	3	excessive
1148	4	pediatrician	1221	4	tetanus	1294	3	cardiogenic	1367	3	exertional
1149	4	peripheral	1222	4	thighbone	1295	3	cartilage	1368	3	explosive
1150	4	pharmacist	1223	4	thoracic	1296	3	cathete	1369	3	fatal
1151	4	pigment	1224	4	thrombosis	1297	3	cea	1370	3	fear
1152	4	placement	1225	4	tight	1298	3	cervical	1371	3	feature
1153	4	plain	1226	4	tongue	1299	3	changed	1372	3	figure
1154	4	position	1227	4	trachea	1300	3	characteristic	1373	3	filter
1155	4	possible	1228	4	tricuspid	1301	3	cheap	1374	3	fit
1156	4	pox	1229	4	tunnel	1302	3	cheek	1375	3	flat
1157	4	prednisone	1230	4	unremarkable	1303	3	chemist	1376	3	flushing
1158	4	prevention	1231	4	unwell	1304	3	cholesterol	1377	3	forbid
1159	4	product	1232	4	ureter	1305	3	citalopram	1378	3	forced
1160	4	productive	1233	4	venous	1306	3	city	1379	3	fourth
1161	4	prophylaxis	1234	4	ventricular	1307	3	closely	1380	3	gabapentin
1162	4	quite	1235	4	vertebra	1308	3	cloudy	1381	3	gastroenterology
1163	4	radiologist	1236	4	vitamin	1309	3	colic	1382	3	gastroesophageal
1164	4	rapidly	1237	4	vodka	1310	3	coloured	1383	3	gestation
1165	4	rarely	1238	4	wave	1311	3	combination	1384	3	glue
1166	4	react	1239	4	wear	1312	3	combine	1385	3	granulocyte
1167	4	ready	1240	4	widespread	1313	3	combined	1386	3	great
1168	4	receiving	1241	4	witness	1314	3	communicate	1387	3	gunshot
1169	4	recover	1242	4	α	1315	3	compartment	1388	3	haematemesis
1170	4	rectum	1243	4	µg	1316	3	comprehensive	1389	3	haemorrhagic
1171	4	reddish	1244	3	abnormality	1317	3	compression	1390	3	happening
1172	4	reduction	1245	3	abuse	1318	3	computer	1391	3	harm
1173	4	refer	1246	3	acquired	1319	3	concentration	1392	3	hazard
1174	4	reflux	1247	3	addition	1320	3	concern	1393	3	hcv
1175	4	region	1248	3	advised	1321	3	confirmed	1394	3	headedness
1176	4	regularly	1249	3	affiliated	1322	3	consent	1395	3	height
1177	4	regurgitation	1250	3	agent	1323	3	considered	1396	3	heparin
1178	4	relapse	1251	3	aid	1324	3	continuous	1397	3	hepatic
1179	4	relevant	1252	3	aids	1325	3	controlled	1398	3	hit
1180	4	remission	1253	3	allergen	1326	3	corticosteroid	1399	3	hoarse
1181	4	resection	1254	3	almost	1327	3	covering	1400	3	hospitalization
1182	4	resolution	1255	3	analysis	1328	3	cramp	1401	3	hurting
1183	4	respond	1256	3	anger	1329	3	creatinine	1402	3	identical
1184	4	ribcage	1257	3	antenatal	1330	3	cure	1403	3	immediate
1185	4	ring	1258	3	antitrypsin	1331	3	cyanide	1404	3	immunisation
1186	4	said	1259	3	aortic	1332	3	cyst	1405	3	immunodeficiency
1187	4	salt	1260	3	aphasia	1333	3	damage	1406	3	improved
1188	4	screen	1261	3	appear	1334	3	danger	1407	3	improving
1189	4	sensorineural	1262	3	appendicitis	1335	3	deaf	1408	3	impulsively
1190	4	severity	1263	3	appropriate	1336	3	decay	1409	3	impulsivity
1191	4	sexually	1264	3	april	1337	3	deep	1410	3	inability
1192	4	shape	1265	3	asymptomatic	1338	3	deliver	1411	3	incontinent
1193	4	shaped	1266	3	athlete	1339	3	dentist	1412	3	increasingly
1194	4	shunt	1267	3	atresia	1340	3	descent	1413	3	infected
1195	4	sister	1268	3	atypical	1341	3	detected	1414	3	infective
1196	4	sleeping	1269	3	aureus	1342	3	diagnose	1415	3	infiltrate
1197	4	smoker	1270	3	authority	1343	3	diminished	1416	3	ingestion
1198	4	snow	1271	3	axilla	1344	3	dioxide	1417	3	inheritance
1199	4	solid	1272	3	bacterial	1345	3	diphtheria	1418	3	inner
1200	4	speaking	1273	3	balance	1346	3	discharged	1419	3	inpatient
1201	4	speech	1274	3	basic	1347	3	discoloration	1420	3	instead
1202	4	spleen	1275	3	beating	1348	3	diseased	1421	3	institution
1203	4	spontaneously	1276	3	benefit	1349	3	diving	1422	3	intake
1204	4	sports	1277	3	bird	1350	3	dog	1423	3	intense
1205	4	sputum	1278	3	bitten	1351	3	drainage	1424	3	internal
1206	4	stable	1279	3	blow	1352	3	driving	1425	3	interpretation
1207	4	stand	1280	3	bmi	1353	3	dye	1426	3	intestinal
1208	4	standard	1281	3	booster	1354	3	dyslexia	1427	3	intranasal
1209	4	status	1282	3	boot	1355	3	dysphagia	1428	3	iris

1429	3	ischemic	1502	3	pill	1575	3	sneeze	1648	3	want
1430	3	isn	1503	3	pint	1576	3	socket	1649	3	washing
1431	3	iv	1504	3	plant	1577	3	somebody	1650	3	wheeze
1432	3	jab	1505	3	pleuritic	1578	3	soon	1651	3	wheezing
1433	3	january	1506	3	pollen	1579	3	south	1652	3	whether
1434	3	jaundice	1507	3	poo	1580	3	speak	1653	3	whole
1435	3	join	1508	3	potential	1581	3	specialist	1654	3	wide
1436	3	keeping	1509	3	presenting	1582	3	speed	1655	3	worry
1437	3	km	1510	3	probably	1583	3	spent	1656	3	zoster
1438	3	laboratory	1511	3	producing	1584	3	sperm	1657	3	β
1439	3	laser	1512	3	progress	1585	3	split	1658	2	abstain
1440	3	lean	1513	3	prostate	1586	3	spreading	1659	2	accept
1441	3	learn	1514	3	proteinuria	1587	3	squeezing	1660	2	accepted
1442	3	length	1515	3	protocol	1588	3	standing	1661	2	access
1443	3	lens	1516	3	pruritic	1589	3	staphylococcus	1662	2	ace
1444	3	limit	1517	3	pruritus	1590	3	staying	1663	2	ach
1445	3	line	1518	3	puerto	1591	3	step	1664	2	across
1446	3	lining	1519	3	punch	1592	3	stoma	1665	2	activated
1447	3	load	1520	3	purple	1593	3	stretch	1666	2	acuity
1448	3	localize	1521	3	purpose	1594	3	subcutaneous	1667	2	added
1449	3	lump	1522	3	quality	1595	3	subdural	1668	2	additional
1450	3	lupus	1523	3	question	1596	3	substernal	1669	2	adjust
1451	3	malignant	1524	3	race	1597	3	suffering	1670	2	administration
1452	3	manage	1525	3	radiate	1598	3	sunlight	1671	2	adolescence
1453	3	managed	1526	3	range	1599	3	supplement	1672	2	advance
1454	3	manager	1527	3	rapid	1600	3	suture	1673	2	advise
1455	3	manometry	1528	3	real	1601	3	swallow	1674	2	aerobic
1456	3	marijuana	1529	3	reason	1602	3	swell	1675	2	afghanistan
1457	3	married	1530	3	recall	1603	3	tb	1676	2	alcoholic
1458	3	massachusetts	1531	3	recommended	1604	3	tear	1677	2	alike
1459	3	match	1532	3	recurred	1605	3	tension	1678	2	allopurinol
1460	3	meal	1533	3	reflex	1606	3	th	1679	2	alopecia
1461	3	media	1534	3	relieve	1607	3	thereafter	1680	2	alternate
1462	3	meet	1535	3	remain	1608	3	thick	1681	2	alternative
1463	3	members	1536	3	remainder	1609	3	thinking	1682	2	alveolar
1464	3	meninges	1537	3	remember	1610	3	though	1683	2	always
1465	3	metoprolol	1538	3	remote	1611	3	thrombocytopenia	1684	2	ambulate
1466	3	minor	1539	3	removing	1612	3	throughout	1685	2	america
1467	3	mistake	1540	3	reporting	1613	3	thumb	1686	2	anaerobic
1468	3	mixture	1541	3	resistant	1614	3	tick	1687	2	anaesthetist
1469	3	mmr	1542	3	resonance	1615	3	tightness	1688	2	ancestry
1470	3	morphine	1543	3	respiration	1616	3	tonsil	1689	2	aneurysm
1471	3	multivitamin	1544	3	resume	1617	3	tool	1690	2	angio
1472	3	mycoplasma	1545	3	retina	1618	3	total	1691	2	angioplasty
1473	3	national	1546	3	returning	1619	3	toward	1692	2	annuloplasty
1474	3	natural	1547	3	review	1620	3	trained	1693	2	anonymous
1475	3	nephrology	1548	3	rheumatoid	1621	3	transferred	1694	2	answer
1476	3	neuritis	1549	3	rhinorrhea	1622	3	transplantation	1695	2	antecedent
1477	3	neutrophil	1550	3	rhythm	1623	3	transported	1696	2	antidepressant
1478	3	nine	1551	3	rib	1624	3	tremor	1697	2	antihistamine
1479	3	node	1552	3	rico	1625	3	trigger	1698	2	antiphospholipid
1480	3	november	1553	3	round	1626	3	trunk	1699	2	antiplatelet
1481	3	nstemi	1554	3	run	1627	3	try	1700	2	antiviral
1482	3	numbness	1555	3	runs	1628	3	tubal	1701	2	anus
1483	3	nystagmus	1556	3	sac	1629	3	tummy	1702	2	anymore
1484	3	object	1557	3	scab	1630	3	tumor	1703	2	apnea
1485	3	observation	1558	3	sensitive	1631	3	ulcerative	1704	2	apnoea
1486	3	occasion	1559	3	september	1632	3	uncle	1705	2	appearance
1487	3	oesophagus	1560	3	septic	1633	3	unclear	1706	2	appendectomy
1488	3	office	1561	3	seven	1634	3	uncontrolled	1707	2	approach
1489	3	ointment	1562	3	severely	1635	3	unemployed	1708	2	aptt
1490	3	orbital	1563	3	sexual	1636	3	unexplained	1709	2	arrange
1491	3	osteoporosis	1564	3	shaking	1637	3	university	1710	2	arrhythmia
1492	3	otitis	1565	3	shift	1638	3	urban	1711	2	arterial
1493	3	ovarian	1566	3	shortly	1639	3	urethra	1712	2	aspergillus
1494	3	palate	1567	3	showing	1640	3	urgent	1713	2	assault
1495	3	passenger	1568	3	sids	1641	3	urinate	1714	2	assist
1496	3	pathology	1569	3	single	1642	3	vaccinated	1715	2	assistance
1497	3	pelvis	1570	3	skeleton	1643	3	vaginal	1716	2	attached
1498	3	penis	1571	3	skill	1644	3	varicella	1717	2	attempted
1499	3	permanent	1572	3	slight	1645	3	visible	1718	2	attend
1500	3	pertussis	1573	3	slightly	1646	3	vital	1719	2	attenuated
1501	3	pharyngitis	1574	3	slowly	1647	3	vomit	1720	2	australia

1721	2	autumn	1794	2	coats	1867	2	dirt	1940	2	fact
1722	2	avalanche	1795	2	cochlear	1868	2	dirty	1941	2	faece
1723	2	bacteremia	1796	2	colicky	1869	2	discontinue	1942	2	failed
1724	2	bar	1797	2	collapsed	1870	2	discontinued	1943	2	fainting
1725	2	basis	1798	2	collect	1871	2	discovered	1944	2	fair
1726	2	bear	1799	2	college	1872	2	disinfect	1945	2	fasciitis
1727	2	bedroom	1800	2	colostomy	1873	2	dislocation	1946	2	fasting
1728	2	beet	1801	2	coming	1874	2	disorganize	1947	2	fat
1729	2	belly	1802	2	competent	1875	2	dispatch	1948	2	fatty
1730	2	bend	1803	2	condom	1876	2	display	1949	2	february
1731	2	best	1804	2	congestion	1877	2	distance	1950	2	feeding
1732	2	beverage	1805	2	congestive	1878	2	distribute	1951	2	feverish
1733	2	beware	1806	2	conscious	1879	2	diuretic	1952	2	fibrous
1734	2	bicarbonate	1807	2	consult	1880	2	dosing	1953	2	fibula
1735	2	binge	1808	2	consultant	1881	2	doxorubicin	1954	2	field
1736	2	birds	1809	2	contained	1882	2	drain	1955	2	fields
1737	2	birthmark	1810	2	continue	1883	2	draining	1956	2	fingernail
1738	2	bit	1811	2	contraception	1884	2	draw	1957	2	fistula
1739	2	black	1812	2	contract	1885	2	drenching	1958	2	fitness
1740	2	blindness	1813	2	contraction	1886	2	drunk	1959	2	fitting
1741	2	blocking	1814	2	contusion	1887	2	dual	1960	2	fix
1742	2	bloodstream	1815	2	converting	1888	2	duodenum	1961	2	flare
1743	2	blue	1816	2	convulsion	1889	2	dysfunction	1962	2	fluorophenmetrazine
1744	2	blurry	1817	2	copd	1890	2	dyspepsia	1963	2	focus
1745	2	bottle	1818	2	cornea	1891	2	earache	1964	2	foodpipe
1746	2	bradycardia	1819	2	cortisol	1892	2	eardrum	1965	2	forearm
1747	2	breaking	1820	2	cost	1893	2	east	1966	2	forgetfulness
1748	2	breathlessness	1821	2	country	1894	2	ecchymoses	1967	2	fragment
1749	2	briefly	1822	2	couple	1895	2	ed	1968	2	frequent
1750	2	bronchial	1823	2	craving	1896	2	eeg	1969	2	fungal
1751	2	bronchus	1824	2	create	1897	2	effort	1970	2	fungi
1752	2	brown	1825	2	created	1898	2	egd	1971	2	fungus
1753	2	bulimia	1826	2	crib	1899	2	eighth	1972	2	furosemide
1754	2	bupropion	1827	2	crisis	1900	2	elastography	1973	2	future
1755	2	burial	1828	2	critically	1901	2	electricity	1974	2	gain
1756	2	burning	1829	2	crying	1902	2	electrocardiography	1975	2	gait
1757	2	burns	1830	2	csf	1903	2	electrolyte	1976	2	galactomannan
1758	2	bus	1831	2	culture	1904	2	elevation	1977	2	gases
1759	2	buttock	1832	2	cutaneous	1905	2	empirical	1978	2	gastroscopy
1760	2	buttress	1833	2	cyclophosphamide	1906	2	ending	1979	2	gave
1761	2	buy	1834	2	cystitis	1907	2	endocrinologist	1980	2	generally
1762	2	caesarean	1835	2	cystoscopy	1908	2	endoscope	1981	2	generation
1763	2	camp	1836	2	damaging	1909	2	endothelial	1982	2	genetic
1764	2	cancel	1837	2	damp	1910	2	enlarged	1983	2	genetics
1765	2	cannula	1838	2	dandruff	1911	2	enoxaparin	1984	2	genital
1766	2	capacity	1839	2	dat	1912	2	entry	1985	2	gentle
1767	2	carcinoembryonic	1840	2	date	1913	2	epidemic	1986	2	gerd
1768	2	cardiology	1841	2	dead	1914	2	epiglottis	1987	2	german
1769	2	cardiovascular	1842	2	deafness	1915	2	epilepsy	1988	2	gift
1770	2	careful	1843	2	decrease	1916	2	erosion	1989	2	glass
1771	2	caribbean	1844	2	deeply	1917	2	erythema	1990	2	globulin
1772	2	carried	1845	2	deficient	1918	2	erythematosus	1991	2	glucagon
1773	2	carvedilol	1846	2	delayed	1919	2	especially	1992	2	goal
1774	2	cataract	1847	2	delivered	1920	2	etizolam	1993	2	gout
1775	2	cattle	1848	2	delivery	1921	2	evacuation	1994	2	grade
1776	2	cava	1849	2	dementia	1922	2	evaluating	1995	2	grandiosity
1777	2	cerebral	1850	2	denture	1923	2	evd	1996	2	grandmother
1778	2	cerebrospinal	1851	2	depend	1924	2	events	1997	2	granuloma
1779	2	characterize	1852	2	depressive	1925	2	ever	1998	2	graves
1780	2	checked	1853	2	dermal	1926	2	everyone	1999	2	gravida
1781	2	chinese	1854	2	dermatology	1927	2	evidence	2000	2	groin
1782	2	choice	1855	2	desire	1928	2	evident	2001	2	grommet
1783	2	choke	1856	2	detailed	1929	2	exacerbated	2002	2	growing
1784	2	cholecystectomy	1857	2	detect	1930	2	excellent	2003	2	habit
1785	2	circuit	1858	2	determine	1931	2	excruciating	2004	2	haem
1786	2	circumstance	1859	2	diagnostic	1932	2	expand	2005	2	haematoma
1787	2	cirrhosis	1860	2	dialysis	1933	2	experiencing	2006	2	haematuria
1788	2	clavulanic	1861	2	diaphoretic	1934	2	exposed	2007	2	haemoglobin
1789	2	clinically	1862	2	diaphragm	1935	2	extended	2008	2	haemophilus
1790	2	clogged	1863	2	dilute	1936	2	extensive	2009	2	hairdresser
1791	2	closed	1864	2	diminish	1937	2	external	2010	2	handling
1792	2	clothe	1865	2	diplopia	1938	2	f	2011	2	handy
1793	2	clotting	1866	2	dipyridamole	1939	2	facemask	2012	2	harris

2013	haven	2086	intracranial	2159	monitored	2232	pesticide
2014	hazardous	2087	intramuscular	2160	monocyte	2233	pet
2015	hbv	2088	intrathecal	2161	monogamous	2234	phosphorus
2016	heals	2089	intussusception	2162	mononitrate	2235	pituitary
2017	heel	2090	investigation	2163	mood	2236	plan
2018	held	2091	ionizing	2164	mortality	2237	planning
2019	helicopter	2092	irritability	2165	mosquito	2238	plants
2020	helping	2093	ischaemic	2166	mosquitoe	2239	plasma
2021	hematochezia	2094	island	2167	mountain	2240	plate
2022	hematologic	2095	isolate	2168	mum	2241	playing
2023	hematopoietic	2096	isolation	2169	muscular	2242	plenty
2024	hemi	2097	isosorbide	2170	mushy	2243	pneumoniae
2025	hemiplegia	2098	itch	2171	myalgia	2244	polio
2026	hereditary	2099	itis	2172	n	2245	pollute
2027	hernia	2100	japan	2173	naloxone	2246	polyangiitis
2028	highly	2101	jehovah	2174	naproxen	2247	polyuria
2029	hinge	2102	jogging	2175	narcotic	2248	posterior
2030	hitting	2103	joined	2176	nasal	2249	postnatal
2031	hiv	2104	july	2177	native	2250	potassium
2032	holter	2105	jump	2178	naturally	2251	pouch
2033	host	2106	knowledge	2179	necessitate	2252	pounding
2034	hotel	2107	lab	2180	necrotise	2253	premedication
2035	housewife	2108	label	2181	neighbor	2254	prepared
2036	hydrocephalus	2109	lactulose	2182	neonatal	2255	presyncope
2037	hydrochloride	2110	language	2183	nephrologist	2256	prevalence
2038	hydrochlorothiazide	2111	lavage	2184	nervosa	2257	priced
2039	hydrocodone	2112	laws	2185	newborn	2258	prodromal
2040	hydromorphone	2113	lawyer	2186	nice	2259	professor
2041	hydronephrosis	2114	lb	2187	nighttime	2260	profile
2042	hypercalcemia	2115	leak	2188	nonpainful	2261	profound
2043	hyponatremia	2116	levetiracetam	2189	notable	2262	projectile
2044	hypotensive	2117	levothyroxine	2190	nuclear	2263	prompting
2045	hypoxemic	2118	license	2191	nutrition	2264	propranolol
2046	identified	2119	lie	2192	observe	2265	protective
2047	igg	2120	lifting	2193	occurrence	2266	prothrombin
2048	ii	2121	lisinopril	2194	october	2267	prove
2049	immigrant	2122	lithoptysis	2195	odynophagia	2268	provide
2050	immigrate	2123	longer	2196	offer	2269	provider
2051	immunize	2124	longest	2197	olanzapine	2270	province
2052	immunoassay	2125	lumen	2198	oncologist	2271	psychiatry
2053	implant	2126	macule	2199	oncology	2272	psychological
2054	incidence	2127	maintained	2200	onto	2273	psychosis
2055	incident	2128	major	2201	operate	2274	psychotic
2056	incision	2129	malaria	2202	ophthalmology	2275	pt
2057	incorrect	2130	malignancy	2203	optic	2276	pulseless
2058	incubator	2131	marked	2204	organization	2277	pump
2059	independent	2132	matter	2205	original	2278	pumping
2060	india	2133	maxilla	2206	orthopedic	2279	pursue
2061	indicator	2134	maybe	2207	outlet	2280	purulent
2062	individual	2135	measures	2208	oversedation	2281	putting
2063	ineffective	2136	mechanical	2209	oxycodone	2282	rabies
2064	infancy	2137	meeting	2210	paediatrics	2283	radiating
2065	infect	2138	melanin	2211	pair	2284	radiograph
2066	infectionfighting	2139	menstrual	2212	pancreas	2285	radiology
2067	infirmary	2140	menstruation	2213	pancreatic	2286	radiotherapy
2068	inflicted	2141	mesenteric	2214	papulovesicular	2287	radius
2069	influenzae	2142	messenger	2215	para	2288	raise
2070	infusion	2143	metabolic	2216	paralysis	2289	raised
2071	inhalation	2144	metal	2217	paranoid	2290	ran
2072	inherit	2145	methaemoglobinaemia	2218	parasite	2291	ratio
2073	initiated	2146	methicillin	2219	park	2292	readiness
2074	inject	2147	methimazole	2220	partially	2293	receive
2075	insecticide	2148	metrorrhagia	2221	partners	2294	recognize
2076	insomnia	2149	microscope	2222	party	2295	recur
2077	inspiration	2150	migrate	2223	pay	2296	refractory
2078	instability	2151	mimic	2224	pd	2297	regulation
2079	instruction	2152	minute	2225	peak	2298	rehabilitation
2080	instrument	2153	miscarriage	2226	penicillin	2299	relaxant
2081	insufficiency	2154	mist	2227	percentile	2300	relearn
2082	intensity	2155	moderate	2228	pericardial	2301	released
2083	intentional	2156	moist	2229	pericarditis	2302	repair
2084	intermittently	2157	molecule	2230	periphery	2303	repeat
2085	intervention	2158	money	2231	personality	2304	repetitive

2305	2	replacement	2378	2	staff	2451	2	ulcers	2524	1	acidic
2306	2	requirement	2379	2	stage	2452	2	ultrasonography	2525	1	acl
2307	2	resemble	2380	2	stair	2453	2	understand	2526	1	acquire
2308	2	reside	2381	2	starting	2454	2	unidentified	2527	1	act
2309	2	resolve	2382	2	stated	2455	2	unintentional	2528	1	acting
2310	2	resolving	2383	2	stenosis	2456	2	unnecessary	2529	1	activate
2311	2	responder	2384	2	sterilisation	2457	2	unsafe	2530	1	actual
2312	2	restaurant	2385	2	sticky	2458	2	unspecified	2531	1	adapt
2313	2	retention	2386	2	stiff	2459	2	upset	2532	1	addictive
2314	2	retired	2387	2	stimulate	2460	2	urge	2533	1	additive
2315	2	retro	2388	2	strain	2461	2	urinalysis	2534	1	adelman
2316	2	return	2389	2	strange	2462	2	urology	2535	1	adenocardinoma
2317	2	reuptake	2390	2	stray	2463	2	usable	2536	1	adenoid
2318	2	rheumatologist	2391	2	streptococcal	2464	2	useful	2537	1	adequate
2319	2	rheumatology	2392	2	subsequent	2465	2	uterus	2538	1	adhere
2320	2	risky	2393	2	subtle	2466	2	uv	2539	1	adherence
2321	2	rivaroxaban	2394	2	suffocate	2467	2	vacation	2540	1	adhesion
2322	2	role	2395	2	sum	2468	2	vague	2541	1	adjustable
2323	2	roof	2396	2	summer	2469	2	value	2542	1	adjustment
2324	2	rose	2397	2	superficial	2470	2	varied	2543	1	adjuvant
2325	2	rub	2398	2	superior	2471	2	vary	2544	1	administer
2326	2	rule	2399	2	suppository	2472	2	vascular	2545	1	administrator
2327	2	runny	2400	2	suprapubic	2473	2	vena	2546	1	admit
2328	2	sales	2401	2	surrounded	2474	2	ventilation	2547	1	adolescent
2329	2	salter	2402	2	suspect	2475	2	ventriculoperitoneal	2548	1	adsorbed
2330	2	sample	2403	2	suspected	2476	2	vibration	2549	1	advanced
2331	2	saw	2404	2	sweating	2477	2	video	2550	1	advice
2332	2	scapula	2405	2	swine	2478	2	view	2551	1	advocacy
2333	2	scar	2406	2	switch	2479	2	volume	2552	1	advocate
2334	2	scheduled	2407	2	switched	2480	2	voluntary	2553	1	aerosol
2335	2	schizophrenia	2408	2	symbol	2481	2	vulva	2554	1	afebrile
2336	2	science	2409	2	syrup	2482	2	waning	2555	1	affected
2337	2	scientist	2410	2	systemic	2483	2	ward	2556	1	affecting
2338	2	scratch	2411	2	systems	2484	2	warfarin	2557	1	afghan
2339	2	scrotal	2412	2	tachycardia	2485	2	warm	2558	1	afp
2340	2	scrotum	2413	2	tachypnoeic	2486	2	warning	2559	1	africa
2341	2	sedation	2414	2	tail	2487	2	watching	2560	1	aftermath
2342	2	seeing	2415	2	taint	2488	2	weaken	2561	1	afternoon
2343	2	segment	2416	2	talking	2489	2	weakened	2562	1	afterward
2344	2	sending	2417	2	tamponade	2490	2	weather	2563	1	agglutination
2345	2	sense	2418	2	task	2491	2	wed	2564	1	aggravate
2346	2	separate	2419	2	tattoo	2492	2	wider	2565	1	aggregate
2347	2	sepsis	2420	2	team	2493	2	wisdom	2566	1	aggressive
2348	2	serotonin	2421	2	telling	2494	2	withdrawal	2567	1	agonal
2349	2	settle	2422	2	temporary	2495	2	wobbly	2568	1	agreed
2350	2	share	2423	2	tendon	2496	2	workout	2569	1	ahead
2351	2	shoe	2424	2	terminal	2497	2	would	2570	1	aim
2352	2	shrink	2425	2	theatre	2498	2	yearly	2571	1	aircraft
2353	2	simvastatin	2426	2	thickness	2499	1	ab	2572	1	airport
2354	2	sit	2427	2	thorax	2500	1	aberrant	2573	1	alcoholism
2355	2	situation	2428	2	threatening	2501	1	ablation	2574	1	alerted
2356	2	sixteen	2429	2	throbbing	2502	1	abolish	2575	1	alertness
2357	2	ski	2430	2	thromboplastin	2503	1	abrasion	2576	1	alienate
2358	2	skull	2431	2	throw	2504	1	abroad	2577	1	alive
2359	2	sleepy	2432	2	thyroid	2505	1	abrupt	2578	1	alkaline
2360	2	smother	2433	2	thyroidectomy	2506	1	absence	2579	1	allergist
2361	2	smvt	2434	2	tic	2507	1	absenteeism	2580	1	alleviate
2362	2	snoring	2435	2	tinnitus	2508	1	absorbing	2581	1	allogeneic
2363	2	sodium	2436	2	toes	2509	1	absorption	2582	1	allowing
2364	2	soften	2437	2	tolerance	2510	1	abusing	2583	1	alt
2365	2	somatic	2438	2	tomographic	2511	1	abusive	2584	1	alter
2366	2	source	2439	2	tomography	2512	1	ac	2585	1	alteration
2367	2	southern	2440	2	topical	2513	1	academic	2586	1	alternan
2368	2	spending	2441	2	toxicology	2514	1	accelerate	2587	1	alveoli
2369	2	sphincter	2442	2	toxoid	2515	1	accelerated	2588	1	alzheimer
2370	2	spit	2443	2	traction	2516	1	accessible	2589	1	amalgamate
2371	2	splint	2444	2	transatlantic	2517	1	accommodate	2590	1	ameliorate
2372	2	spoil	2445	2	transfer	2518	1	accomplish	2591	1	amend
2373	2	spray	2446	2	transparent	2519	1	accumulate	2592	1	amitriptyline
2374	2	spring	2447	2	travelling	2520	1	accurate	2593	1	amlodipine
2375	2	squeeze	2448	2	trimester	2521	1	acetabular	2594	1	amnesia
2376	2	st	2449	2	twisting	2522	1	achalasia	2595	1	ample
2377	2	stabbing	2450	2	uganda	2523	1	ache	2596	1	ana

2597	1	analgesia	2670	1	atypia	2743	1	biannual	2816	1	canal
2598	1	analgesic	2671	1	audiologist	2744	1	biking	2817	1	cane
2599	1	analogue	2672	1	audiology	2745	1	bilaterally	2818	1	capable
2600	1	anapens	2673	1	aunt	2746	1	bile	2819	1	carbonate
2601	1	anatomical	2674	1	aur	2747	1	billions	2820	1	carcinogen
2602	1	anatomy	2675	1	authentic	2748	1	bilobed	2821	1	cardiologist
2603	1	andhra	2676	1	authorize	2749	1	bind	2822	1	cardiorespiratory
2604	1	angina	2677	1	autism	2750	1	biologic	2823	1	careless
2605	1	angioedema	2678	1	autoinjector	2751	1	bioprosthetic	2824	1	caries
2606	1	angiogram	2679	1	autologous	2752	1	biota	2825	1	carotid
2607	1	angiography	2680	1	automate	2753	1	bioterrorism	2826	1	carpal
2608	1	angiotensin	2681	1	automatic	2754	1	bipolar	2827	1	carrier
2609	1	annoy	2682	1	autonomous	2755	1	birthday	2828	1	catastrophe
2610	1	annual	2683	1	autophobia	2756	1	biting	2829	1	catheterisation
2611	1	annually	2684	1	avail	2757	1	blade	2830	1	caucasus
2612	1	annular	2685	1	avian	2758	1	blame	2831	1	causal
2613	1	antacid	2686	1	avoidable	2759	1	blemish	2832	1	cauterize
2614	1	anticardiolipin	2687	1	avoidance	2760	1	blind	2833	1	caution
2615	1	antihistaminic	2688	1	avoided	2761	1	blinded	2834	1	cavitary
2616	1	antiinflammatory	2689	1	awakening	2762	1	blistered	2835	1	cavity
2617	1	antinuclear	2690	1	aware	2763	1	bloating	2836	1	cdc
2618	1	anxiolytic	2691	1	awkwardly	2764	1	blocked	2837	1	cease
2619	1	aorta	2692	1	azathioprine	2765	1	blocker	2838	1	cefalexin
2620	1	aortobifemoral	2693	1	azithromycin	2766	1	blockers	2839	1	celecoxib
2621	1	aortoduodenal	2694	1	azurophilic	2767	1	blunt	2840	1	cellulitis
2622	1	apathetic	2695	1	babysitter	2768	1	blur	2841	1	censure
2623	1	apical	2696	1	bacilli	2769	1	blushing	2842	1	centrally
2624	1	aplastic	2697	1	background	2770	1	bodily	2843	1	centre
2625	1	apparent	2698	1	backwards	2771	1	bona	2844	1	cephalosporin
2626	1	appeal	2699	1	balanced	2772	1	borderline	2845	1	cerebellum
2627	1	appellant	2700	1	balding	2773	1	borrowed	2846	1	cerebrovascular
2628	1	appendix	2701	1	balloon	2774	1	bother	2847	1	cerebrum
2629	1	applicant	2702	1	ban	2775	1	boundary	2848	1	cesarean
2630	1	applied	2703	1	bandaged	2776	1	box	2849	1	cessation
2631	1	appreciate	2704	1	bandlike	2777	1	boyfriend	2850	1	cftr
2632	1	appropriately	2705	1	bang	2778	1	bp	2851	1	chair
2633	1	approve	2706	1	bangladeshi	2779	1	bracelet	2852	1	chamber
2634	1	approximate	2707	1	bank	2780	1	brachial	2853	1	chambers
2635	1	aptitude	2708	1	bare	2781	1	branch	2854	1	changing
2636	1	ar	2709	1	barefoot	2782	1	bread	2855	1	characterise
2637	1	arguably	2710	1	barium	2783	1	breakfast	2856	1	charge
2638	1	arguing	2711	1	barn	2784	1	breakthrough	2857	1	checking
2639	1	argumentative	2712	1	barre	2785	1	breastbone	2858	1	cheesy
2640	1	arise	2713	1	barrett	2786	1	bright	2859	1	chewed
2641	1	armpit	2714	1	barrier	2787	1	british	2860	1	chi
2642	1	arousing	2715	1	basal	2788	1	bronchoalveolar	2861	1	chicago
2643	1	arranged	2716	1	baseline	2789	1	broncholith	2862	1	chickenpox
2644	1	arrested	2717	1	basophil	2790	1	bronchoscopic	2863	1	chief
2645	1	arriving	2718	1	beach	2791	1	bronchoscopy	2864	1	childlike
2646	1	arsenical	2719	1	bead	2792	1	brothers	2865	1	chlamydia
2647	1	arthralgia	2720	1	beam	2793	1	brush	2866	1	chlorpyrifos
2648	1	ascertain	2721	1	becoming	2794	1	brushed	2867	1	cholecystitis
2649	1	ascites	2722	1	beds	2795	1	bsl	2868	1	cholestyramine
2650	1	asia	2723	1	beer	2796	1	bubble	2869	1	choreiform
2651	1	asian	2724	1	beforehand	2797	1	budesonide	2870	1	cigar
2652	1	aspect	2725	1	beg	2798	1	budget	2871	1	ciprofloxacin
2653	1	aspergillosis	2726	1	beginning	2799	1	buffalo	2872	1	circling
2654	1	asphyxiate	2727	1	behalf	2800	1	bulge	2873	1	circulate
2655	1	aspirated	2728	1	behave	2801	1	bulky	2874	1	circulating
2656	1	aspiration	2729	1	behaviour	2802	1	bullae	2875	1	circulatory
2657	1	assaulted	2730	1	behind	2803	1	bump	2876	1	circumflex
2658	1	assay	2731	1	beholder	2804	1	burrows	2877	1	circumscribed
2659	1	assess	2732	1	belch	2805	1	bursitis	2878	1	clade
2660	1	assisted	2733	1	believe	2806	1	bypass	2879	1	clarithromycin
2661	1	atherosclerosis	2734	1	bending	2807	1	bypassing	2880	1	class
2662	1	atmosphere	2735	1	bendy	2808	1	caicos	2881	1	classified
2663	1	atorvastatin	2736	1	beneficial	2809	1	calcify	2882	1	claudin
2664	1	atraumatic	2737	1	beneficiary	2810	1	calciphylaxis	2883	1	clavicle
2665	1	atrium	2738	1	benzodiazepine	2811	1	california	2884	1	clavulanate
2666	1	attacking	2739	1	bereavement	2812	1	calming	2885	1	clay
2667	1	attendance	2740	1	beside	2813	1	calpol	2886	1	cleanse
2668	1	attendant	2741	1	beta	2814	1	cambodia	2887	1	client
2669	1	attire	2742	1	bezoar	2815	1	canadian	2888	1	clinician

2889	1	clitoris	2962	1	constitute	3035	1	dairy	3108	1	dilate
2890	1	cll	2963	1	construct	3036	1	dam	3109	1	dilator
2891	1	clogging	2964	1	construction	3037	1	damaged	3110	1	dilemma
2892	1	clonazepam	2965	1	consuming	3038	1	dander	3111	1	dilution
2893	1	closing	2966	1	container	3039	1	darkened	3112	1	dimension
2894	1	cloth	2967	1	contaminant	3040	1	data	3113	1	diminutive
2895	1	clotted	2968	1	contaminate	3041	1	datalink	3114	1	diphenhydramine
2896	1	clouding	2969	1	contemplate	3042	1	deal	3115	1	diptheria
2897	1	clthe	2970	1	content	3043	1	dealer	3116	1	direction
2898	1	clump	2971	1	context	3044	1	debris	3117	1	disability
2899	1	cns	2972	1	contracting	3045	1	decease	3118	1	disaster
2900	1	coagulate	2973	1	contraindication	3046	1	decerebrate	3119	1	disclose
2901	1	coalesce	2974	1	contribute	3047	1	deciliter	3120	1	discoid
2902	1	coccyx	2975	1	controllable	3048	1	decoded	3121	1	discolored
2903	1	cochlea	2976	1	convenient	3049	1	decompose	3122	1	discrete
2904	1	code	2977	1	converse	3050	1	decontaminate	3123	1	disguise
2905	1	codeine	2978	1	conversion	3051	1	deficit	3124	1	disguising
2906	1	coerce	2979	1	convert	3052	1	define	3125	1	dish
2907	1	coffee	2980	1	converted	3053	1	definite	3126	1	disheveled
2908	1	cognizant	2981	1	convince	3054	1	deformity	3127	1	disk
2909	1	coiled	2982	1	cook	3055	1	degenerative	3128	1	dislodge
2910	1	coincide	2983	1	cool	3056	1	dehydrate	3129	1	dispenser
2911	1	coincident	2984	1	coordinated	3057	1	dehydrated	3130	1	disprol
2912	1	coingestion	2985	1	coordination	3058	1	dehydration	3131	1	disrupted
2913	1	collaborate	2986	1	corneal	3059	1	delay	3132	1	disseminate
2914	1	collapse	2987	1	corner	3060	1	delirious	3133	1	dissemination
2915	1	collarbone	2988	1	correct	3061	1	delirium	3134	1	dissolve
2916	1	collision	2989	1	correctly	3062	1	deltoid	3135	1	distancing
2917	1	colonoscopy	2990	1	correspond	3063	1	delusion	3136	1	distant
2918	1	colorectal	2991	1	corroborate	3064	1	demonstrate	3137	1	distension
2919	1	column	2992	1	cortisone	3065	1	demyelinating	3138	1	distention
2920	1	comatose	2993	1	costly	3066	1	dengue	3139	1	distinguish
2921	1	commence	2994	1	cot	3067	1	density	3140	1	distress
2922	1	comment	2995	1	cotton	3068	1	deny	3141	1	distressed
2923	1	commissurotomy	2996	1	countermeasure	3069	1	deoxygenate	3142	1	distributed
2924	1	commonly	2997	1	cousin	3070	1	deoxyribonucleic	3143	1	district
2925	1	communicable	2998	1	cousins	3071	1	deplete	3144	1	disturbance
2926	1	comorbidity	2999	1	covered	3072	1	deposit	3145	1	dive
2927	1	compacted	3000	1	cracked	3073	1	depress	3146	1	divergent
2928	1	companion	3001	1	crackle	3074	1	dermatologist	3147	1	divide
2929	1	comparable	3002	1	crackling	3075	1	designate	3148	1	divided
2930	1	compensate	3003	1	cramping	3076	1	designed	3149	1	divorced
2931	1	competing	3004	1	crampy	3077	1	destination	3150	1	dl
2932	1	completion	3005	1	cranial	3078	1	destroy	3151	1	dna
2933	1	complicating	3006	1	crash	3079	1	destroyed	3152	1	doable
2934	1	complimentary	3007	1	crashed	3080	1	detached	3153	1	documentation
2935	1	comply	3008	1	crawling	3081	1	detail	3154	1	dogs
2936	1	component	3009	1	crazy	3082	1	deteriorate	3155	1	dome
2937	1	comprise	3010	1	creatine	3083	1	deteriorated	3156	1	domicile
2938	1	compromising	3011	1	creating	3084	1	detoxification	3157	1	donate
2939	1	compulsion	3012	1	crew	3085	1	detrimental	3158	1	donated
2940	1	compulsive	3013	1	crimean	3086	1	deviate	3159	1	donation
2941	1	computerize	3014	1	criterion	3087	1	dexamethasone	3160	1	donepezil
2942	1	conceive	3015	1	critical	3088	1	diabetic	3161	1	donor
2943	1	concerning	3016	1	crocodile	3089	1	diameter	3162	1	dosage
2944	1	conclude	3017	1	crohn	3090	1	diarrheal	3163	1	dot
2945	1	conclusive	3018	1	cruciate	3091	1	diastolic	3164	1	double
2946	1	concur	3019	1	crush	3092	1	diazepam	3165	1	doubt
2947	1	conditioned	3020	1	crushing	3093	1	dichlorophenoxyacetic	3166	1	downhill
2948	1	conditioning	3021	1	crust	3094	1	didn	3167	1	downwards
2949	1	conduct	3022	1	cry	3095	1	dietetic	3168	1	doxycycline
2950	1	confirm	3023	1	ctpa	3096	1	diethyl	3169	1	dr
2951	1	congo	3024	1	cunning	3097	1	diethylamide	3170	1	drained
2952	1	conjugate	3025	1	cup	3098	1	dietitian	3171	1	dress
2953	1	conjunctival	3026	1	curative	3099	1	difference	3172	1	drip
2954	1	connected	3027	1	cured	3100	1	differential	3173	1	driver
2955	1	connection	3028	1	cushingoid	3101	1	digest	3174	1	droop
2956	1	conscientious	3029	1	cutting	3102	1	digested	3175	1	drooping
2957	1	consequently	3030	1	cyanotic	3103	1	digestion	3176	1	drove
2958	1	conservative	3031	1	cycle	3104	1	digital	3177	1	drowsy
2959	1	consider	3032	1	cytopenia	3105	1	digoxin	3178	1	druggist
2960	1	consolidative	3033	1	cytoplasmic	3106	1	dihydrate	3179	1	drum
2961	1	conspicuous	3034	1	dad	3107	1	dilatation	3180	1	drying

3181	1	dsdna	3254	1	ensue	3327	1	eyelid	3400	1	freeriders
3182	1	dtap	3255	1	entirely	3328	1	eyesight	3401	1	french
3183	1	dubai	3256	1	entrapped	3329	1	facilitate	3402	1	frequency
3184	1	duck	3257	1	environment	3330	1	factory	3403	1	freshwater
3185	1	ductal	3258	1	environmental	3331	1	faecal	3404	1	frightening
3186	1	duloxetine	3259	1	eosonophils	3332	1	failing	3405	1	frontal
3187	1	dust	3260	1	epidemiology	3333	1	faint	3406	1	frontotemporal
3188	1	dwell	3261	1	epidural	3334	1	fallacy	3407	1	frothing
3189	1	dysarthria	3262	1	epileptic	3335	1	falling	3408	1	frustrated
3190	1	dyslipidemia	3263	1	epithelioid	3336	1	false	3409	1	ft
3191	1	dysmotility	3264	1	epizootic	3337	1	farmer	3410	1	fumarate
3192	1	dysphonia	3265	1	equal	3338	1	fascicle	3411	1	fumigatus
3193	1	dysplasia	3266	1	equilibrium	3339	1	fatality	3412	1	fund
3194	1	dyspnoeic	3267	1	equivalent	3340	1	fatigued	3413	1	fundamental
3195	1	dysuria	3268	1	erroneously	3341	1	faulty	3414	1	fundoplication
3196	1	earliest	3269	1	erythrocyte	3342	1	feasible	3415	1	fussy
3197	1	earth	3270	1	escalate	3343	1	feb	3416	1	fuzzy
3198	1	ebola	3271	1	escaped	3344	1	feces	3417	1	gadget
3199	1	ecg	3272	1	esomeprazole	3345	1	fellow	3418	1	gamble
3200	1	echo	3273	1	esophagogastroduodenoscopy	3346	1	femoral	3419	1	game
3201	1	echocardiogram	3274	1	esophagus	3347	1	femur	3420	1	gamete
3202	1	echocardiography	3275	1	esr	3348	1	fentanyl	3421	1	ganglioneuromas
3203	1	echogenic	3276	1	establish	3349	1	ferritin	3422	1	gastritis
3204	1	economical	3277	1	established	3350	1	ferrous	3423	1	gastroenterologist
3205	1	ectopic	3278	1	estonian	3351	1	fertilised	3424	1	gastrostomy
3206	1	eczema	3279	1	estrogen	3352	1	fetal	3425	1	gather
3207	1	edema	3280	1	ethnic	3353	1	fetoprotein	3426	1	gauze
3208	1	edge	3281	1	etiology	3354	1	fetus	3427	1	gbs
3209	1	effective	3282	1	etiquette	3355	1	fexofenadine	3428	1	gel
3210	1	effectively	3283	1	euphoric	3356	1	fibre	3429	1	genitalia
3211	1	efficacy	3284	1	europe	3357	1	fibrinoid	3430	1	genome
3212	1	effusion	3285	1	european	3358	1	fiddly	3431	1	gentamicin
3213	1	ejection	3286	1	evacuated	3359	1	fide	3432	1	gentleman
3214	1	ekg	3287	1	evolution	3360	1	fifteen	3433	1	gharib
3215	1	elected	3288	1	exacerbate	3361	1	fifth	3434	1	giddiness
3216	1	electric	3289	1	exacerbation	3362	1	fill	3435	1	gilbert
3217	1	electrocardiogram	3290	1	exact	3363	1	filled	3436	1	gingiva
3218	1	electromyography	3291	1	exactly	3364	1	finalize	3437	1	girlfriend
3219	1	electronic	3292	1	examine	3365	1	fine	3438	1	girth
3220	1	element	3293	1	excavated	3366	1	firm	3439	1	giving
3221	1	elevate	3294	1	excavating	3367	1	fixation	3440	1	glasgow
3222	1	eleven	3295	1	except	3368	1	fixator	3441	1	glaucoma
3223	1	eliminate	3296	1	excised	3369	1	flake	3442	1	gliclazide
3224	1	emaciate	3297	1	excision	3370	1	flaking	3443	1	glimepiride
3225	1	email	3298	1	excite	3371	1	flannel	3444	1	global
3226	1	embarrass	3299	1	excluded	3372	1	flap	3445	1	globe
3227	1	embarrassment	3300	1	excoriation	3373	1	flash	3446	1	glomerulonephritis
3228	1	embedded	3301	1	excrete	3374	1	flex	3447	1	glove
3229	1	embolisation	3302	1	exert	3375	1	flexion	3448	1	glucocorticoid
3230	1	embolus	3303	1	exhale	3376	1	float	3449	1	gluconate
3231	1	emg	3304	1	exhaust	3377	1	flop	3450	1	glycoprotein
3232	1	emotional	3305	1	exhaustion	3378	1	floridian	3451	1	god
3233	1	emphasize	3306	1	exhibit	3379	1	fluctuate	3452	1	goltz
3234	1	emphysematous	3307	1	exit	3380	1	fluctuating	3453	1	gonorrhea
3235	1	employment	3308	1	expected	3381	1	fluctuation	3454	1	goose
3236	1	empyema	3309	1	expectorate	3382	1	fluently	3455	1	gorlin
3237	1	enable	3310	1	expelled	3383	1	fluorouracil	3456	1	govern
3238	1	encephalitis	3311	1	expensive	3384	1	flutter	3457	1	gown
3239	1	encephalopathy	3312	1	experience	3385	1	foamy	3458	1	gp
3240	1	encounter	3313	1	expert	3386	1	focal	3459	1	gradual
3241	1	encourage	3314	1	expertise	3387	1	focused	3460	1	graft
3242	1	endocarditis	3315	1	explain	3388	1	folic	3461	1	gram
3243	1	endurance	3316	1	expressive	3389	1	follicular	3462	1	grandchildren
3244	1	enema	3317	1	extend	3390	1	forever	3463	1	granddad
3245	1	enemy	3318	1	extending	3391	1	formerly	3464	1	grandiose
3246	1	engineer	3319	1	extensively	3392	1	formoterol	3465	1	granule
3247	1	english	3320	1	extent	3393	1	forth	3466	1	granulomatosis
3248	1	enhance	3321	1	extraction	3394	1	forwards	3467	1	granulomatous
3249	1	enhancing	3322	1	extravagantly	3395	1	foul	3468	1	grateful
3250	1	enjoy	3323	1	extravasated	3396	1	fpm	3469	1	grief
3251	1	enlarge	3324	1	extreme	3397	1	fraction	3470	1	grinding
3252	1	enlargement	3325	1	extremely	3398	1	frame	3471	1	grip
3253	1	enlarging	3326	1	eyeball	3399	1	francisco	3472	1	gross

3473	1	grouchy	3546	1	hospitalized	3619	1	impurity	3692	1	intraosseously
3474	1	guard	3547	1	hourly	3620	1	inaccuracy	3693	1	intrathecally
3475	1	guardian	3548	1	hpai	3621	1	inactive	3694	1	intrauterine
3476	1	guess	3549	1	hpv	3622	1	inadvertent	3695	1	intravenously
3477	1	guideline	3550	1	hrm	3623	1	inadvertently	3696	1	introduced
3478	1	guillain	3551	1	hsct	3624	1	inadvisable	3697	1	invasive
3479	1	gurgling	3552	1	humerus	3625	1	inapparent	3698	1	investigate
3480	1	gvhd	3553	1	humidify	3626	1	inborn	3699	1	investigational
3481	1	gynaecological	3554	1	humidity	3627	1	incarcerated	3700	1	invited
3482	1	haematological	3555	1	hungarian	3628	1	incarceration	3701	1	iodine
3483	1	haematology	3556	1	hurdle	3629	1	incendiary	3702	1	irbesartan
3484	1	haemodialysis	3557	1	hurry	3630	1	incise	3703	1	irides
3485	1	haemodynamic	3558	1	hurtful	3631	1	incisor	3704	1	irish
3486	1	haemolysis	3559	1	hydrated	3632	1	inclement	3705	1	iron
3487	1	haemolytic	3560	1	hydroxide	3633	1	inconsistently	3706	1	irradiation
3488	1	haemophilia	3561	1	hygiene	3634	1	inconsolable	3707	1	irreducible
3489	1	haired	3562	1	hyper	3635	1	incubation	3708	1	irrefutable
3490	1	hairline	3563	1	hyperammonemia	3636	1	incur	3709	1	irritant
3491	1	hallucinate	3564	1	hyperbilirubinemia	3637	1	indeed	3710	1	irritate
3492	1	hallucination	3565	1	hypercholesterolaemia	3638	1	independently	3711	1	irritating
3493	1	hallway	3566	1	hyperkalemia	3639	1	indeterminate	3712	1	ischemia
3494	1	hamlyn	3567	1	hyperlipidaemia	3640	1	index	3713	1	ishigaki
3495	1	hamstring	3568	1	hyperreflexia	3641	1	indian	3714	1	islands
3496	1	hardening	3569	1	hypersensitivity	3642	1	indicated	3715	1	isolated
3497	1	harder	3570	1	hypertensive	3643	1	indication	3716	1	isotope
3498	1	harmless	3571	1	hyperthyroidism	3644	1	indigenous	3717	1	issues
3499	1	harsh	3572	1	hypertriglyceridaemic	3645	1	indigestion	3718	1	isthmic
3500	1	haul	3573	1	hypertrophy	3646	1	indirect	3719	1	italian
3501	1	healthful	3574	1	hyperventilate	3647	1	indonesia	3720	1	iu
3502	1	heartburn	3575	1	hypo	3648	1	induce	3721	1	iud
3503	1	heat	3576	1	hypoenhancement	3649	1	induced	3722	1	japanese
3504	1	heavily	3577	1	hypoesthetic	3650	1	industry	3723	1	jerk
3505	1	heimlich	3578	1	hypokinesis	3651	1	inexpensive	3724	1	jerky
3506	1	helmand	3579	1	hyponatraemia	3652	1	inferior	3725	1	jog
3507	1	helped	3580	1	hyponatraemic	3653	1	inferoposterior	3726	1	k
3508	1	helpful	3581	1	hypopigmented	3654	1	infiltration	3727	1	kabbadi
3509	1	helpline	3582	1	hyposensitivity	3655	1	influence	3728	1	kabul
3510	1	hematocrit	3583	1	hypotension	3656	1	inform	3729	1	karoli
3511	1	hematological	3584	1	hypothermia	3657	1	informed	3730	1	kept
3512	1	hemicolectomy	3585	1	hypothyroidism	3658	1	infrequent	3731	1	keratomileusis
3513	1	hemisphere	3586	1	hypotonia	3659	1	infrequently	3732	1	kill
3514	1	hemodialysis	3587	1	iatrogenic	3660	1	ingest	3733	1	killed
3515	1	hemoglobin	3588	1	ice	3661	1	ingredient	3734	1	kilogram
3516	1	hemophagocytosis	3589	1	icterus	3662	1	inhale	3735	1	kiss
3517	1	hemorrhage	3590	1	identifies	3663	1	inhaled	3736	1	kitchen
3518	1	hepatocellular	3591	1	idiopathic	3664	1	inherent	3737	1	kitten
3519	1	herald	3592	1	ileocaecal	3665	1	inhibit	3738	1	kitty
3520	1	herbal	3593	1	ileostomy	3666	1	injecting	3739	1	kneecap
3521	1	herbicide	3594	1	ilieum	3667	1	injure	3740	1	knock
3522	1	herd	3595	1	iliopsoas	3668	1	ink	3741	1	labia
3523	1	herniorrhaphies	3596	1	illegal	3669	1	inquire	3742	1	labial
3524	1	herniorrhaphy	3597	1	illinois	3670	1	insect	3743	1	labile
3525	1	heterogeneously	3598	1	illustrate	3671	1	insufficient	3744	1	labor
3526	1	heterotopic	3599	1	illustration	3672	1	integrate	3745	1	lace
3527	1	hiatus	3600	1	imagine	3673	1	intensified	3746	1	lacerate
3528	1	hib	3601	1	immerse	3674	1	intent	3747	1	lacking
3529	1	hickman	3602	1	immobilised	3675	1	intention	3748	1	lamp
3530	1	hide	3603	1	immunoglobulin	3676	1	intentionally	3749	1	landscaper
3531	1	higher	3604	1	immunological	3677	1	interaction	3750	1	lap
3532	1	highest	3605	1	immunosuppressant	3678	1	intercourse	3751	1	laparoscopic
3533	1	highlight	3606	1	immunosupression	3679	1	interesting	3752	1	laparoscopy
3534	1	highlighting	3607	1	immunotherapy	3680	1	international	3753	1	larynx
3535	1	hinder	3608	1	impacted	3681	1	internationally	3754	1	lash
3536	1	histopathology	3609	1	impede	3682	1	internist	3755	1	lateral
3537	1	histoplasma	3610	1	impending	3683	1	interpreted	3756	1	laughing
3538	1	ho	3611	1	imperative	3684	1	interrupt	3757	1	law
3539	1	holiday	3612	1	imperceptible	3685	1	interval	3758	1	lax
3540	1	homocholic	3613	1	imperfecta	3686	1	intolerable	3759	1	laxative
3541	1	homogeneous	3614	1	implement	3687	1	intoxicated	3760	1	ldh
3542	1	homologous	3615	1	importance	3688	1	intra	3761	1	leading
3543	1	homosexual	3616	1	improvised	3689	1	intracerebral	3762	1	leaking
3544	1	honolulu	3617	1	impulse	3690	1	intramural	3763	1	learning
3545	1	hospice	3618	1	impulsive	3691	1	intraosseous	3764	1	least

3765	1	leave	3838	1	mastocytosis	3911	1	monoxide	3984	1	nonsmoking
3766	1	leftover	3839	1	mattress	3912	1	monrovia	3985	1	nonspecific
3767	1	legal	3840	1	max	3913	1	monsoonal	3986	1	nonsteroidal
3768	1	lemon	3841	1	maximum	3914	1	mope	3987	1	nontender
3769	1	lessening	3842	1	meaning	3915	1	morbidity	3988	1	noon
3770	1	lethargy	3843	1	measured	3916	1	moribund	3989	1	norepinephrine
3771	1	letters	3844	1	measurement	3917	1	mot	3990	1	north
3772	1	letting	3845	1	measuring	3918	1	mourning	3991	1	northeastern
3773	1	leucocidin	3846	1	mediastinal	3919	1	mouthwash	3992	1	northern
3774	1	leukaemia	3847	1	mediastinum	3920	1	mrsa	3993	1	nosebleed
3775	1	leukemia	3848	1	medically	3921	1	mssa	3994	1	nosocomial
3776	1	leukopenia	3849	1	medium	3922	1	mucosa	3995	1	notably
3777	1	levofloxacin	3850	1	melena	3923	1	mucosal	3996	1	nothing
3778	1	lfts	3851	1	men	3924	1	multi	3997	1	notification
3779	1	lift	3852	1	menarche	3925	1	multilobulated	3998	1	notify
3780	1	likelihood	3853	1	meningitidi	3926	1	multivisceral	3999	1	noting
3781	1	lines	3854	1	meningococcal	3927	1	must	4000	1	nucleus
3782	1	link	3855	1	menopause	3928	1	mutagen	4001	1	nucus
3783	1	lipids	3856	1	mense	3929	1	myelitis	4002	1	nutrient
3784	1	lipoma	3857	1	mentality	3930	1	myocarditis	4003	1	nutritious
3785	1	liquorice	3858	1	metabolism	3931	1	myth	4004	1	o
3786	1	localise	3859	1	metabolite	3932	1	naked	4005	1	obese
3787	1	locate	3860	1	metastasis	3933	1	narrow	4006	1	obesity
3788	1	located	3861	1	meter	3934	1	nasogastric	4007	1	obey
3789	1	locked	3862	1	metformin	3935	1	nasty	4008	1	objective
3790	1	lodge	3863	1	methanol	3936	1	naval	4009	1	obscure
3791	1	loin	3864	1	methyl	3937	1	navy	4010	1	obscuring
3792	1	loneliness	3865	1	metre	3938	1	nearby	4011	1	obsessive
3793	1	longitudinal	3866	1	metsulfuron	3939	1	nearly	4012	1	obstruct
3794	1	loratadine	3867	1	mexico	3940	1	necessary	4013	1	obstructing
3795	1	lorazepam	3868	1	microbe	3941	1	necrotic	4014	1	obtaining
3796	1	lowered	3869	1	micrographic	3942	1	needless	4015	1	occipital
3797	1	lowest	3870	1	microhyphema	3943	1	negligent	4016	1	occlusion
3798	1	lsd	3871	1	mid	3944	1	neighborhood	4017	1	occupation
3799	1	lumbar	3872	1	midaxillary	3945	1	neisseria	4018	1	ocpd
3800	1	lurasidone	3873	1	midnight	3946	1	neonate	4019	1	ocular
3801	1	lwanga	3874	1	midwest	3947	1	nephrectomy	4020	1	odd
3802	1	lyme	3875	1	midwestern	3948	1	nephritis	4021	1	oddly
3803	1	lymphocytic	3876	1	migration	3949	1	nephrocalcinosis	4022	1	oedematous
3804	1	lysergic	3877	1	mildew	3950	1	nephropathy	4023	1	oesophageal
3805	1	macedonia	3878	1	miles	3951	1	network	4024	1	oesophagitis
3806	1	macerated	3879	1	military	3952	1	neuralgia	4025	1	offset
3807	1	machines	3880	1	milk	3953	1	neuraminidase	4026	1	okinawa
3808	1	macrocytic	3881	1	milligram	3954	1	neurogenic	4027	1	omental
3809	1	macrophage	3882	1	million	3955	1	neuroleptic	4028	1	omeprazole
3810	1	macrophages	3883	1	millions	3956	1	neurologist	4029	1	ondansetron
3811	1	macular	3884	1	mimicking	3957	1	neuropathy	4030	1	ongoing
3812	1	maculopapular	3885	1	minh	3958	1	neuropsychological	4031	1	onwards
3813	1	magnet	3886	1	minimize	3959	1	neurosurgeon	4032	1	opacification
3814	1	magnitude	3887	1	miniscule	3960	1	neurosurgery	4033	1	opacity
3815	1	maintain	3888	1	misdiagnose	3961	1	neutralize	4034	1	operating
3816	1	maintenance	3889	1	misplace	3962	1	neutrophilic	4035	1	operative
3817	1	malabsorption	3890	1	missing	3963	1	nifedipine	4036	1	ophthalmologist
3818	1	malar	3891	1	mission	3964	1	nissen	4037	1	opiate
3819	1	malfunction	3892	1	misused	3965	1	nitrate	4038	1	opipramol
3820	1	mall	3893	1	mite	3966	1	nocturia	4039	1	opportunity
3821	1	mammogram	3894	1	mitigate	3967	1	nocturnal	4040	1	opposable
3822	1	managing	3895	1	mitotic	3968	1	nodding	4041	1	opposite
3823	1	mandibular	3896	1	mixed	3969	1	nodular	4042	1	opposition
3824	1	manic	3897	1	moaning	3970	1	noise	4043	1	optimal
3825	1	manifest	3898	1	mobile	3971	1	noisily	4044	1	optimize
3826	1	manifestation	3899	1	mobility	3972	1	nominal	4045	1	orchitis
3827	1	manifested	3900	1	mode	3973	1	nonalcoholic	4046	1	orderly
3828	1	manmade	3901	1	modem	3974	1	none	4047	1	ordination
3829	1	manoeuvre	3902	1	modification	3975	1	nonfluctuant	4048	1	organizer
3830	1	marginal	3903	1	modified	3976	1	noninfectious	4049	1	organophosphate
3831	1	marginated	3904	1	modify	3977	1	noninflamed	4050	1	organophosphorus
3832	1	markedly	3905	1	mohs	3978	1	nonischemic	4051	1	oriented
3833	1	marks	3906	1	moisten	3979	1	nonpharmaceutical	4052	1	originate
3834	1	masquerading	3907	1	molar	3980	1	nonprofit	4053	1	orthodontist
3835	1	massaging	3908	1	mold	3981	1	nonpruritic	4054	1	orthopaedic
3836	1	mastectomy	3909	1	moment	3982	1	nonradiating	4055	1	orthopaedics
3837	1	master	3910	1	mononuclear	3983	1	nonscaly	4056	1	orthopnoea

4057	1 oseltamivir	4130	1 percent	4203	1 policeman	4276	1 property
4058	1 osteogenesis	4131	1 percentage	4204	1 poliomyelitis	4277	1 prophylactic
4059	1 osteonecrosis	4132	1 perception	4205	1 pollutant	4278	1 proprioception
4060	1 otolaryngology	4133	1 percutaneous	4206	1 polluted	4279	1 prostatic
4061	1 outbreak	4134	1 perfecting	4207	1 polyarthritis	4280	1 prostatitis
4062	1 outdoors	4135	1 perforate	4208	1 polycystic	4281	1 prosthetic
4063	1 outlook	4136	1 perforation	4209	1 polydipsia	4282	1 protected
4064	1 output	4137	1 performing	4210	1 polymicrobial	4283	1 proteinosis
4065	1 outreach	4138	1 perhaps	4211	1 polymorphic	4284	1 protozoa
4066	1 outset	4139	1 periadventitial	4212	1 polysaccharide	4285	1 proven
4067	1 ova	4140	1 perinatal	4213	1 polyurethane	4286	1 provided
4068	1 ovary	4141	1 perinephric	4214	1 pong	4287	1 provoke
4069	1 overabundance	4142	1 perineural	4215	1 pool	4288	1 provoked
4070	1 overall	4143	1 peristalsis	4216	1 pop	4289	1 proximal
4071	1 overcome	4144	1 peristomal	4217	1 portable	4290	1 proximity
4072	1 overlap	4145	1 peritoneal	4218	1 portal	4291	1 psa
4073	1 overnight	4146	1 peritoneum	4219	1 portion	4292	1 psoriasis
4074	1 ovum	4147	1 peritonism	4220	1 possess	4293	1 psoriatic
4075	1 oxalate	4148	1 peritonitis	4221	1 possibly	4294	1 psychoactive
4076	1 pace	4149	1 perivascular	4222	1 postherpetic	4295	1 psyllium
4077	1 pacing	4150	1 permit	4223	1 postpone	4296	1 ptsd
4078	1 packing	4151	1 persevere	4224	1 postprandial	4297	1 puberty
4079	1 paediatric	4152	1 persistently	4225	1 posture	4298	1 pucker
4080	1 paediatrician	4153	1 personal	4226	1 potato	4299	1 puddle
4081	1 page	4154	1 perspire	4227	1 potency	4300	1 puff
4082	1 painkiller	4155	1 persuade	4228	1 powdery	4301	1 puffer
4083	1 paired	4156	1 perthes	4229	1 powerful	4302	1 puke
4084	1 pakistan	4157	1 pertinent	4230	1 ppe	4303	1 pulled
4085	1 pakistani	4158	1 pest	4231	1 pradesh	4304	1 pulmonologist
4086	1 palatable	4159	1 petechiae	4232	1 pre	4305	1 pulmonology
4087	1 palpate	4160	1 pg	4233	1 precaution	4306	1 pulse
4088	1 palsy	4161	1 ph	4234	1 precede	4307	1 puncture
4089	1 pan	4162	1 phase	4235	1 precipitant	4308	1 punish
4090	1 pancreatitis	4163	1 phlegm	4236	1 preclude	4309	1 purchase
4091	1 panel	4164	1 phon	4237	1 predicament	4310	1 purchasing
4092	1 panton	4165	1 phone	4238	1 preexisting	4311	1 purify
4093	1 pantoprazole	4166	1 phorate	4239	1 prefecture	4312	1 purpuric
4094	1 panzootic	4167	1 phosphatase	4240	1 preliminary	4313	1 pushy
4095	1 papillary	4168	1 phosphate	4241	1 premature	4314	1 putaminal
4096	1 papillomavirus	4169	1 photosensitive	4242	1 premed	4315	1 pvl
4097	1 papule	4170	1 physically	4243	1 prenatal	4316	1 pyogenic
4098	1 papules	4171	1 physiotherapist	4244	1 preparation	4317	1 qualified
4099	1 paraesthesia	4172	1 physiotherapy	4245	1 prepare	4318	1 quarantine
4100	1 parameter	4173	1 pica	4246	1 preparedness	4319	1 quarrelling
4101	1 paraphernalia	4174	1 picked	4247	1 prerogative	4320	1 quarters
4102	1 parenchymal	4175	1 picu	4248	1 preschool	4321	1 quetiapine
4103	1 paresthesias	4176	1 pig	4249	1 preseptal	4322	1 quick
4104	1 paroxysm	4177	1 pigmentation	4250	1 preservative	4323	1 ra
4105	1 paroxysmal	4178	1 pillbox	4251	1 preserved	4324	1 racing
4106	1 particular	4179	1 pilot	4252	1 press	4325	1 radical
4107	1 partly	4180	1 pimplelike	4253	1 pressing	4326	1 radio
4108	1 partum	4181	1 ping	4254	1 principal	4327	1 radioactivity
4109	1 passing	4182	1 pinkish	4255	1 principle	4328	1 radiographic
4110	1 passive	4183	1 pinned	4256	1 probability	4329	1 radiography
4111	1 pasta	4184	1 pit	4257	1 probiotic	4330	1 radioiodine
4112	1 pasteurella	4185	1 pizza	4258	1 proceed	4331	1 radioisotope
4113	1 patella	4186	1 placebo	4259	1 processing	4332	1 radionuclide
4114	1 path	4187	1 placenta	4260	1 proctocolectomy	4333	1 ragged
4115	1 pathogen	4188	1 placing	4261	1 prodrome	4334	1 raging
4116	1 pathogenic	4189	1 plaster	4262	1 produced	4335	1 rains
4117	1 pathologist	4190	1 platinum	4263	1 professional	4336	1 ramble
4118	1 pathway	4191	1 play	4264	1 proficient	4337	1 rampant
4119	1 patrol	4192	1 player	4265	1 profuse	4338	1 random
4120	1 pci	4193	1 pleasing	4266	1 progestin	4339	1 ranitidine
4121	1 pea	4194	1 pleural	4267	1 progression	4340	1 rank
4122	1 pee	4195	1 pleurisy	4268	1 prohibit	4341	1 rationale
4123	1 peers	4196	1 plight	4269	1 project	4342	1 raynaud
4124	1 pen	4197	1 pneumococcal	4270	1 proliferate	4343	1 rca
4125	1 pending	4198	1 pneumothorax	4271	1 proliferative	4344	1 reactivation
4126	1 pendular	4199	1 pneumothoraxes	4272	1 prolong	4345	1 reading
4127	1 penetration	4200	1 pneumovax	4273	1 prompted	4346	1 reassortment
4128	1 penetrative	4201	1 podiatry	4274	1 promyelocytes	4347	1 recalled
4129	1 peptic	4202	1 poking	4275	1 proof	4348	1 recipient

4349	1	reckless	4422	1	restrain	4495	1	scleral	4568	1	skier
4350	1	recognition	4423	1	restrained	4496	1	sclerosis	4569	1	skiing
4351	1	recollection	4424	1	restrict	4497	1	sclerotherapy	4570	1	skilled
4352	1	recombinant	4425	1	restricted	4498	1	scopy	4571	1	skillful
4353	1	reconstruction	4426	1	resulting	4499	1	score	4572	1	sledding
4354	1	record	4427	1	resuscitated	4500	1	scrape	4573	1	slimy
4355	1	recorde	4428	1	retain	4501	1	screw	4574	1	slipping
4356	1	recorded	4429	1	retardation	4502	1	scuba	4575	1	slit
4357	1	recording	4430	1	reticulocyte	4503	1	sea	4576	1	sloughed
4358	1	recreational	4431	1	retrieve	4504	1	seafood	4577	1	slump
4359	1	recrudescence	4432	1	reveal	4505	1	seasonal	4578	1	slush
4360	1	rectal	4433	1	reversing	4506	1	seat	4579	1	smallpox
4361	1	recuperate	4434	1	revisit	4507	1	seated	4580	1	smart
4362	1	recurrence	4435	1	revived	4508	1	secrete	4581	1	smear
4363	1	reducing	4436	1	reward	4509	1	sector	4582	1	smelling
4364	1	redundant	4437	1	reye	4510	1	seek	4583	1	smooth
4365	1	reexamine	4438	1	rhabdomyolysis	4511	1	segmental	4584	1	snap
4366	1	referral	4439	1	rheumatic	4512	1	sehcat	4585	1	sniffle
4367	1	refill	4440	1	rhinitis	4513	1	seize	4586	1	soak
4368	1	reformatted	4441	1	rhythmically	4514	1	seldom	4587	1	sobriety
4369	1	refund	4442	1	rice	4515	1	selective	4588	1	soccer
4370	1	refuse	4443	1	ridge	4516	1	selenium	4589	1	social
4371	1	refused	4444	1	rifle	4517	1	semi	4590	1	socialize
4372	1	regained	4445	1	rigid	4518	1	semiautomatic	4591	1	sold
4373	1	regarding	4446	1	rigor	4519	1	semiformed	4592	1	soldier
4374	1	regimen	4447	1	rise	4520	1	sentenced	4593	1	soles
4375	1	register	4448	1	rituximab	4521	1	sept	4594	1	solicit
4376	1	registered	4449	1	river	4522	1	sequelae	4595	1	solution
4377	1	regulate	4450	1	road	4523	1	sequence	4596	1	sonography
4378	1	rehabilitate	4451	1	rock	4524	1	serial	4597	1	soothe
4379	1	rehydration	4452	1	rolling	4525	1	series	4598	1	soreness
4380	1	reimburse	4453	1	romanian	4526	1	seriously	4599	1	sought
4381	1	reinforce	4454	1	roommate	4527	1	seroconversion	4600	1	southwestern
4382	1	reiterate	4455	1	rot	4528	1	serology	4601	1	spare
4383	1	relating	4456	1	rotate	4529	1	serosurvey	4602	1	sparing
4384	1	relation	4457	1	rotavirus	4530	1	serous	4603	1	specialty
4385	1	relationship	4458	1	rubbing	4531	1	sertraline	4604	1	species
4386	1	relax	4459	1	rubeola	4532	1	serving	4605	1	specified
4387	1	relaxing	4460	1	runner	4533	1	shake	4606	1	specimen
4388	1	releasing	4461	1	rupture	4534	1	shampoo	4607	1	spend
4389	1	relieved	4462	1	ruptured	4535	1	shared	4608	1	spherical
4390	1	religious	4463	1	ruq	4536	1	sharing	4609	1	spider
4391	1	relocation	4464	1	rural	4537	1	sharply	4610	1	spindle
4392	1	remaining	4465	1	sadness	4538	1	shedding	4611	1	spindled
4393	1	remark	4466	1	safe	4539	1	sheet	4612	1	spiritual
4394	1	remedy	4467	1	safeguard	4540	1	shell	4613	1	spirometer
4395	1	remembered	4468	1	safely	4541	1	shields	4614	1	spironolactone
4396	1	remembering	4469	1	safety	4542	1	shin	4615	1	splenic
4397	1	remit	4470	1	saharan	4543	1	shinbone	4616	1	splenorenal
4398	1	removal	4471	1	saline	4544	1	shingles	4617	1	spoke
4399	1	renovation	4472	1	saliva	4545	1	shocking	4618	1	spreadable
4400	1	repeatedly	4473	1	salivary	4546	1	shopped	4619	1	springing
4401	1	represent	4474	1	salpingectomy	4547	1	shopping	4620	1	squash
4402	1	representing	4475	1	samangan	4548	1	shouldn	4621	1	squeezed
4403	1	reproduce	4476	1	san	4549	1	shown	4622	1	squint
4404	1	request	4477	1	sanitary	4550	1	shrivel	4623	1	squishy
4405	1	require	4478	1	sanitize	4551	1	shrivelling	4624	1	stabilise
4406	1	required	4479	1	sap	4552	1	sicken	4625	1	stability
4407	1	requiring	4480	1	sarcina	4553	1	sight	4626	1	staging
4408	1	rescind	4481	1	satiety	4554	1	sighting	4627	1	stain
4409	1	research	4482	1	saying	4555	1	sightsee	4628	1	stained
4410	1	reserve	4483	1	scaffold	4556	1	significance	4629	1	stairs
4411	1	residence	4484	1	scalp	4557	1	simple	4630	1	stamina
4412	1	residential	4485	1	scaly	4558	1	sinister	4631	1	starved
4413	1	residual	4486	1	scanner	4559	1	sinus	4632	1	starving
4414	1	resist	4487	1	scant	4560	1	sinusitis	4633	1	statin
4415	1	resistance	4488	1	scare	4561	1	sip	4634	1	stature
4416	1	resource	4489	1	scarlatina	4562	1	sitagliptin	4635	1	steady
4417	1	respirator	4490	1	scarlet	4563	1	sitting	4636	1	steak
4418	1	respite	4491	1	scarring	4564	1	situ	4637	1	stemi
4419	1	responsible	4492	1	schedule	4565	1	situated	4638	1	stepfather
4420	1	resting	4493	1	schools	4566	1	sized	4639	1	sterilize
4421	1	restore	4494	1	schoolwork	4567	1	sjogren	4640	1	sternal

4641	1	steroid	4714	1	syncopal	4787	1	tightened	4860	1	ultimate
4642	1	steroidal	4715	1	synthesize	4788	1	tightening	4861	1	ultimately
4643	1	stick	4716	1	syphilis	4789	1	tightly	4862	1	umbilicus
4644	1	sticker	4717	1	systematic	4790	1	tijuana	4863	1	unacceptable
4645	1	sticking	4718	1	systolic	4791	1	tinge	4864	1	unavailable
4646	1	stigma	4719	1	table	4792	1	tingling	4865	1	unbranded
4647	1	stillborn	4720	1	tachycardic	4793	1	titer	4866	1	unchanged
4648	1	stimulant	4721	1	tachypnea	4794	1	titers	4867	1	unchanging
4649	1	stir	4722	1	tadpole	4795	1	titrate	4868	1	unchecked
4650	1	stone	4723	1	taiwan	4796	1	toe	4869	1	uncovered
4651	1	store	4724	1	tale	4797	1	toilet	4870	1	underneath
4652	1	story	4725	1	talent	4798	1	token	4871	1	understandable
4653	1	strabismus	4726	1	tall	4799	1	tolerate	4872	1	undetectable
4654	1	straighten	4727	1	tamsulosin	4800	1	tonsillitis	4873	1	undetermined
4655	1	straightening	4728	1	tape	4801	1	topically	4874	1	undiagnosed
4656	1	stranded	4729	1	taper	4802	1	torn	4875	1	unexpect
4657	1	strangely	4730	1	tapering	4803	1	torsion	4876	1	unfavorable
4658	1	stranger	4731	1	taste	4804	1	torso	4877	1	unheated
4659	1	straw	4732	1	tasty	4805	1	totally	4878	1	unilaterally
4660	1	stream	4733	1	tattooed	4806	1	touching	4879	1	unintelligible
4661	1	stretched	4734	1	tauroselcholic	4807	1	tough	4880	1	unintended
4662	1	stretching	4735	1	taxi	4808	1	tourette	4881	1	unique
4663	1	strict	4736	1	tdap	4809	1	towards	4882	1	unless
4664	1	string	4737	1	tea	4810	1	towel	4883	1	unplanned
4665	1	stringent	4738	1	teacher	4811	1	toy	4884	1	unproductive
4666	1	struck	4739	1	technician	4812	1	tracer	4885	1	unrecognised
4667	1	structure	4740	1	technique	4813	1	tracheomalacia	4886	1	unsteadiness
4668	1	structured	4741	1	technology	4814	1	trademarked	4887	1	unsuccessful
4669	1	struggle	4742	1	teen	4815	1	traffic	4888	1	untreated
4670	1	stuck	4743	1	teenage	4816	1	tragedy	4889	1	unusable
4671	1	sub	4744	1	teenager	4817	1	trainee	4890	1	unwanted
4672	1	subcarinal	4745	1	telephone	4818	1	transform	4891	1	unwitnessed
4673	1	subclinical	4746	1	television	4819	1	transoral	4892	1	upright
4674	1	subjective	4747	1	telework	4820	1	transpire	4893	1	upsetting
4675	1	submit	4748	1	tempered	4821	1	transplant	4894	1	upwards
4676	1	submucosal	4749	1	temporal	4822	1	transport	4895	1	ureteric
4677	1	substantial	4750	1	ten	4823	1	transportation	4896	1	urologist
4678	1	suburban	4751	1	tend	4824	1	transthoracic	4897	1	urticaria
4679	1	successful	4752	1	teratogenic	4825	1	transverse	4898	1	usa
4680	1	successfully	4753	1	terminate	4826	1	trash	4899	1	utero
4681	1	suction	4754	1	terminating	4827	1	treatable	4900	1	utilise
4682	1	suffer	4755	1	terrace	4828	1	trembling	4901	1	utilize
4683	1	suffice	4756	1	territory	4829	1	trial	4902	1	uva
4684	1	sufficient	4757	1	tested	4830	1	tried	4903	1	uvb
4685	1	suicide	4758	1	testicle	4831	1	triggered	4904	1	vaccinate
4686	1	suited	4759	1	testy	4832	1	trim	4905	1	vacuolar
4687	1	summarize	4760	1	tetrabenazine	4833	1	trimmer	4906	1	vaers
4688	1	summers	4761	1	thai	4834	1	triple	4907	1	vagina
4689	1	summon	4762	1	thailand	4835	1	tropical	4908	1	valentine
4690	1	sunscreen	4763	1	thalassemia	4836	1	troponin	4909	1	validate
4691	1	supersede	4764	1	thank	4837	1	truck	4910	1	validity
4692	1	supervised	4765	1	theme	4838	1	truth	4911	1	valsartan
4693	1	supposed	4766	1	themself	4839	1	trying	4912	1	variant
4694	1	suppress	4767	1	therapeutic	4840	1	ts	4913	1	varice
4695	1	suppression	4768	1	therefore	4841	1	tubular	4914	1	variola
4696	1	suppurative	4769	1	thiamine	4842	1	tumour	4915	1	various
4697	1	surge	4770	1	thighbones	4843	1	tumours	4916	1	vas
4698	1	surplus	4771	1	thimerosal	4844	1	tunneled	4917	1	vcte
4699	1	surprised	4772	1	thinner	4845	1	turks	4918	1	ventilator
4700	1	surrender	4773	1	thirty	4846	1	turned	4919	1	ventriculi
4701	1	surrendering	4774	1	thong	4847	1	tussive	4920	1	verbally
4702	1	surround	4775	1	thorough	4848	1	twenties	4921	1	verbatim
4703	1	surveillance	4776	1	thoughtful	4849	1	twist	4922	1	verify
4704	1	surviving	4777	1	threat	4850	1	twitch	4923	1	vermont
4705	1	susceptible	4778	1	threatened	4851	1	tympanic	4924	1	version
4706	1	suspended	4779	1	thrive	4852	1	tympanoplasty	4925	1	versus
4707	1	sustaining	4780	1	thrombocytosis	4853	1	typhoid	4926	1	vertebras
4708	1	swan	4781	1	thromboembolism	4854	1	uc	4927	1	vertical
4709	1	swimming	4782	1	thrombolysis	4855	1	ulceration	4928	1	vertigo
4710	1	symmetric	4783	1	thromboprophylaxis	4856	1	ulcerosa	4929	1	vesicular
4711	1	symmetrical	4784	1	thyroiditis	4857	1	ulna	4930	1	via
4712	1	symptomatic	4785	1	thyroxine	4858	1	ulnar	4931	1	viable
4713	1	symptomatically	4786	1	tibia	4859	1	ulterior			

4932	1	vibratory	4951	1	w	4970	1	wearing	4989	1	worker
4933	1	vicinity	4952	1	wading	4971	1	weed	4990	1	worn
4934	1	vietnamese	4953	1	wait	4972	1	weekend	4991	1	worried
4935	1	vincristine	4954	1	waiting	4973	1	weekly	4992	1	worrying
4936	1	violent	4955	1	waking	4974	1	weep	4993	1	wrist
4937	1	viremia	4956	1	wale	4975	1	weeping	4994	1	writer
4938	1	virgin	4957	1	walker	4976	1	weigh	4995	1	writing
4939	1	virginity	4958	1	walkers	4977	1	welcome	4996	1	wrong
4940	1	virulence	4959	1	walled	4978	1	wellbeing	4997	1	y
4941	1	virulent	4960	1	wandering	4979	1	whereas	4998	1	yard
4942	1	visualisation	4961	1	wane	4980	1	whistling	4999	1	yorkers
4943	1	vitro	4962	1	wanting	4981	1	wholesome	5000	1	younger
4944	1	vivo	4963	1	warn	4982	1	whooping	5001	1	z
4945	1	voice	4964	1	wash	4983	1	win	5002	1	zag
4946	1	voicebox	4965	1	waterfowl	4984	1	wipe	5003	1	zig
4947	1	voluminous	4966	1	watery	4985	1	withhold	5004	1	zoom
4948	1	volvulus	4967	1	waxed	4986	1	withstand	5005	1	zoonoses
4949	1	vomited	4968	1	waxing	4987	1	wooden			
4950	1	vsd	4969	1	weaning	4988	1	workable			

ANNEXE 18

Wordlists des trois programmes (WL PROG)

WL PROG 1

#Lemma Types: 1303
#Lemma Tokens: 3974
#Search Hits: 0

1	83	d
2	58	nurse
3	58	p
4	56	ok
5	54	m
6	54	well
7	38	like
8	36	patient
9	36	see
10	35	going
11	35	know
12	34	ve
13	32	yes
14	30	doctor
15	30	re
16	29	right
17	28	feel
18	25	pain
19	25	year
20	24	mary
21	24	take
22	23	ll
23	23	oh
24	22	good
25	20	get
26	20	tell
27	19	today
28	19	would
29	18	could
30	17	let
31	17	mr
32	16	chest
33	16	test
34	16	think
35	16	time
36	15	blood
37	15	go
38	14	got
39	14	one
40	14	remember
41	14	start
42	13	bite
43	13	come
44	13	need
45	13	quite
46	13	say
47	13	wife
48	12	dan
49	12	first
50	12	medicine
51	11	ask
52	11	back
53	11	exam
54	11	long
55	11	make
56	11	old
57	11	really
58	10	anything
59	10	breath
60	10	day
61	10	eye
62	10	information
63	10	name
64	10	seem
65	10	something
66	10	taking
67	10	yeah
68	9	examination
69	9	month
70	9	morning
71	9	problem
72	9	question
73	9	sure
74	8	ago
75	8	baby
76	8	cough
77	8	date
78	8	little
79	8	must
80	8	part
81	8	put
82	8	side
83	8	stop
84	8	tablet
85	8	want
86	7	bed
87	7	birth
88	7	fine
89	7	isn
90	7	lower
91	7	pulse
92	7	stomach
93	7	three
94	7	two
95	6	abdomen
96	6	able
97	6	actually
98	6	always
99	6	attack
100	6	away
101	6	bring
102	6	check
103	6	end
104	6	ever
105	6	face
106	6	five
107	6	give
108	6	haven
109	6	help
110	6	hi
111	6	high
112	6	hospital
113	6	hundred
114	6	important
115	6	last
116	6	limb
117	6	look
118	6	mrs
119	6	much
120	6	numb
121	6	operation
122	6	past
123	6	paul
124	6	prescription
125	6	pressure
126	6	result
127	6	sharp
128	6	sorry
129	6	surgery
130	6	thanks
131	6	tongue
132	5	allergic
133	5	antibiotic
134	5	april
135	5	c
136	5	chad
137	5	close
138	5	concern
139	5	condition
140	5	correct
141	5	diagnosis
142	5	didn
143	5	disease
144	5	dr
145	5	effect
146	5	er
147	5	every
148	5	examine
149	5	family
150	5	find
151	5	finger
152	5	fit
153	5	getting
154	5	great
155	5	hall
156	5	happen
157	5	idea
158	5	jim
159	5	lot
160	5	lt
161	5	may
162	5	medication
163	5	mind
164	5	mouth
165	5	nerve
166	5	notice
167	5	patricia
168	5	perform
169	5	period
170	5	please
171	5	reaction
172	5	recall
173	5	skin
174	5	small
175	5	thank
176	5	touch
177	5	trouble
178	5	tummy
179	5	walk
180	5	weight
181	5	word
182	4	ability
183	4	affected
184	4	airway
185	4	arms
186	4	around
187	4	asking
188	4	bad
189	4	born
190	4	boy
191	4	bp
192	4	called
193	4	chart
194	4	cranial
195	4	deep
196	4	die
197	4	doesn
198	4	dosage
199	4	eighty
200	4	else
201	4	eyelid
202	4	feeling
203	4	giving
204	4	gonna
205	4	hard
206	4	headaches
207	4	health
208	4	heart
209	4	history
210	4	hudson
211	4	illness
212	4	keep
213	4	lab
214	4	leg
215	4	lie
216	4	listen
217	4	made
218	4	many
219	4	mean
220	4	michelle
221	4	moment
222	4	mother
223	4	neck
224	4	ninety
225	4	normal
226	4	nose
227	4	nothing
228	4	open
229	4	pharmacist
230	4	pin
231	4	present
232	4	rash
233	4	repeat
234	4	respiratory
235	4	retired
236	4	robert
237	4	saying
238	4	section
239	4	show
240	4	six
241	4	street
242	4	stuff
243	4	suppose
244	4	symptom
245	4	told
246	4	use
247	4	week
248	4	winter
249	4	work

250	4	working	323	3	script	396	2	closely	469	2	include
251	3	across	324	3	seat	397	2	cold	470	2	infection
252	3	allergy	325	3	sensation	398	2	comfortable	471	2	insert
253	3	along	326	3	serious	399	2	consider	472	2	intestine
254	3	also	327	3	seven	400	2	consistent	473	2	iodine
255	3	anyone	328	3	seventy	401	2	cope	474	2	item
256	3	apart	329	3	shoulder	402	2	cotton	475	2	jab
257	3	arm	330	3	sit	403	2	coughing	476	2	january
258	3	assess	331	3	situation	404	2	course	477	2	jaundice
259	3	become	332	3	son	405	2	daily	478	2	jeremy
260	3	bev	333	3	soon	406	2	dead	479	2	joint
261	3	body	334	3	sort	407	2	deaf	480	2	jones
262	3	bother	335	3	sound	408	2	defuse	481	2	killed
263	3	bowel	336	3	sputum	409	2	department	482	2	kin
264	3	breast	337	3	state	410	2	depend	483	2	large
265	3	brilliant	338	3	strong	411	2	dependent	484	2	learn
266	3	brown	339	3	sugar	412	2	difficult	485	2	leary
267	3	case	340	3	support	413	2	digital	486	2	left
268	3	cheek	341	3	talk	414	2	discomfort	487	2	level
269	3	clench	342	3	tap	415	2	doreen	488	2	light
270	3	common	343	3	th	416	2	dose	489	2	likely
271	3	control	344	3	tibor	417	2	dre	490	2	lines
272	3	deal	345	3	tingling	418	2	dry	491	2	lining
273	3	discuss	346	3	tooth	419	2	duration	492	2	lip
274	3	done	347	3	towards	420	2	ear	493	2	live
275	3	dull	348	3	upper	421	2	effectiveness	494	2	lost
276	3	everything	349	3	used	422	2	enlarged	495	2	loud
277	3	expect	350	3	wart	423	2	epilepsy	496	2	lucky
278	3	far	351	3	welt	424	2	erythrocyte	497	2	lung
279	3	floppy	352	3	whole	425	2	esr	498	2	lying
280	3	food	353	3	womb	426	2	even	499	2	married
281	3	fork	354	3	won	427	2	everybody	500	2	maybe
282	3	girl	355	3	worry	428	2	exactly	501	2	mcv
283	3	given	356	2	action	429	2	expectation	502	2	means
284	3	gland	357	2	admission	430	2	experienced	503	2	mental
285	3	hands	358	2	already	431	2	explain	504	2	metaprolol
286	3	head	359	2	alright	432	2	explanation	505	2	move
287	3	hear	360	2	amount	433	2	eyebrow	506	2	moved
288	3	heavy	361	2	amoxicillin	434	2	failure	507	2	muscle
289	3	hope	362	2	anchor	435	2	fall	508	2	nasty
290	3	injection	363	2	and	436	2	feet	509	2	neurological
291	3	involve	364	2	ankle	437	2	fellows	510	2	next
292	3	jaw	365	2	another	438	2	fever	511	2	nineteen
293	3	job	366	2	appetite	439	2	fifth	512	2	o
294	3	june	367	2	ariana	440	2	film	513	2	obs
295	3	kind	368	2	backwards	441	2	firstly	514	2	office
296	3	knee	369	2	basis	442	2	flatten	515	2	opening
297	3	leave	370	2	believe	443	2	foot	516	2	option
298	3	looking	371	2	best	444	2	forehead	517	2	organomegaly
299	3	male	372	2	betty	445	2	form	518	2	overwhelming
300	3	medical	373	2	biopsy	446	2	forward	519	2	parent
301	3	memorize	374	2	black	447	2	four	520	2	particular
302	3	memory	375	2	bloating	448	2	frighten	521	2	passage
303	3	might	376	2	blunt	449	2	frightening	522	2	pathology
304	3	mistake	377	2	bottom	450	2	front	523	2	phlegm
305	3	mood	378	2	bowels	451	2	future	524	2	picture
306	3	moving	379	2	brain	452	2	genital	525	2	plan
307	3	never	380	2	brand	453	2	germ	526	2	plaster
308	3	news	381	2	breathe	454	2	greenish	527	2	platelet
309	3	organ	382	2	but	455	2	grief	528	2	plus
310	3	pediatrician	383	2	buzzing	456	2	growth	529	2	possibility
311	3	penicillin	384	2	call	457	2	hair	530	2	possible
312	3	people	385	2	cancer	458	2	hammer	531	2	post
313	3	place	386	2	carcinoma	459	2	handover	532	2	practice
314	3	prescribe	387	2	causing	460	2	heel	533	2	pregnancy
315	3	prescribed	388	2	cell	461	2	helpless	534	2	puff
316	3	push	389	2	chance	462	2	hip	535	2	pull
317	3	rectal	390	2	chickenpox	463	2	horsburgh	536	2	pulling
318	3	require	391	2	child	464	2	human	537	2	quantity
319	3	required	392	2	chill	465	2	husband	538	2	rate
320	3	rid	393	2	class	466	2	hypertension	539	2	rbc
321	3	round	394	2	clinic	467	2	ifs	540	2	ready
322	3	save	395	2	closed	468	2	immediate	541	2	real

542	2	recently	615	2	understand	688	1	bag	761	1	complain
543	2	record	616	2	unfortunately	689	1	balance	762	1	complaining
544	2	reflex	617	2	unsteady	690	1	ball	763	1	complaint
545	2	regularly	618	2	upset	691	1	bare	764	1	complementary
546	2	relax	619	2	urgent	692	1	base	765	1	complex
547	2	remove	620	2	usually	693	1	basophil	766	1	complexion
548	2	report	621	2	vargas	694	1	baxter	767	1	complicate
549	2	ron	622	2	vision	695	1	beautiful	768	1	compound
550	2	roughened	623	2	visitor	696	1	becoming	769	1	consistency
551	2	run	624	2	vital	697	1	bedridden	770	1	constrictive
552	2	safety	625	2	voice	698	1	begin	771	1	consume
553	2	sample	626	2	walking	699	1	beginning	772	1	contain
554	2	second	627	2	walters	700	1	behalf	773	1	cook
555	2	seeing	628	2	wanted	701	1	behave	774	1	coordination
556	2	seizure	629	2	waterworks	702	1	behaviour	775	1	corpuscular
557	2	sense	630	2	wax	703	1	belly	776	1	couch
558	2	severe	631	2	weakness	704	1	bend	777	1	couldn
559	2	sexually	632	2	wednesday	705	1	bending	778	1	county
560	2	shift	633	2	wheezing	706	1	bent	779	1	cover
561	2	shirt	634	2	wool	707	1	better	780	1	crackle
562	2	short	635	2	worse	708	1	bilateral	781	1	crushing
563	2	shortness	636	2	wouldn	709	1	bladder	782	1	cry
564	2	shot	637	2	wrinkle	710	1	bleed	783	1	cure
565	2	shouldn	638	2	wrist	711	1	bleeding	784	1	current
566	2	sign	639	2	write	712	1	blind	785	1	curry
567	2	since	640	2	x	713	1	blink	786	1	cva
568	2	sitting	641	2	yesterday	714	1	block	787	1	dangerous
569	2	smoker	642	2	yet	715	1	bloody	788	1	death
570	2	soft	643	1	abdominal	716	1	blurred	789	1	december
571	2	sole	644	1	abnormal	717	1	border	790	1	decision
572	2	sometimes	645	1	abnormality	718	1	boys	791	1	decrease
573	2	specifically	646	1	abortion	719	1	bracelet	792	1	definitely
574	2	spot	647	1	accompany	720	1	breakfast	793	1	degree
575	2	spread	648	1	acid	721	1	breathing	794	1	delivery
576	2	status	649	1	act	722	1	breathless	795	1	describe
577	2	stay	650	1	activity	723	1	bringing	796	1	detail
578	2	stick	651	1	add	724	1	broken	797	1	detected
579	2	sticking	652	1	added	725	1	brothers	798	1	devastated
580	2	stiff	653	1	admitted	726	1	bruise	799	1	developed
581	2	stiffness	654	1	admitting	727	1	bruising	800	1	diclofenac
582	2	still	655	1	adverse	728	1	bruits	801	1	diet
583	2	stopped	656	1	afternoon	729	1	building	802	1	discharge
584	2	straight	657	1	agree	730	1	burr	803	1	disclosure
585	2	strength	658	1	ahead	731	1	busy	804	1	dispose
586	2	summary	659	1	aid	732	1	calf	805	1	disposed
587	2	surgeon	660	1	air	733	1	calm	806	1	disturb
588	2	surgical	661	1	alan	734	1	capacity	807	1	doubt
589	2	swelling	662	1	albow	735	1	capsule	808	1	draw
590	2	swing	663	1	alone	736	1	card	809	1	dressed
591	2	ten	664	1	alternative	737	1	care	810	1	drive
592	2	tend	665	1	although	738	1	carefully	811	1	driver
593	2	tendon	666	1	among	739	1	catch	812	1	drop
594	2	termination	667	1	anaemic	740	1	cause	813	1	drowsiness
595	2	tested	668	1	annoy	741	1	change	814	1	drowsy
596	2	testing	669	1	answer	742	1	changing	815	1	due
597	2	things	670	1	anywhere	743	1	checked	816	1	dullness
598	2	thirty	671	1	appendicitis	744	1	checking	817	1	dust
599	2	throbbing	672	1	appreciate	745	1	chemical	818	1	dyspnoea
600	2	ticklish	673	1	area	746	1	childhood	819	1	easily
601	2	tight	674	1	army	747	1	chin	820	1	eating
602	2	times	675	1	assessing	748	1	chlamydia	821	1	effective
603	2	tip	676	1	assist	749	1	city	822	1	efficacy
604	2	together	677	1	assistance	750	1	classical	823	1	eight
605	2	took	678	1	asthma	751	1	closer	824	1	electrical
606	2	top	679	1	attentional	752	1	closest	825	1	eliminate
607	2	torso	680	1	audio	753	1	closing	826	1	elisabeth
608	2	towel	681	1	auscultation	754	1	clot	827	1	embarrass
609	2	trachea	682	1	autumn	755	1	cock	828	1	embolism
610	2	transmitted	683	1	available	756	1	collapse	829	1	employer
611	2	tuning	684	1	avoid	757	1	colored	830	1	empty
612	2	twenty	685	1	avoiding	758	1	coma	831	1	enough
613	2	type	686	1	background	759	1	coming	832	1	ensure
614	2	uh	687	1	bacterium	760	1	companies	833	1	entry

834	1	eosinophil	907	1	helpline	980	1	massachusetts	1053	1	piece
835	1	epileptic	908	1	hey	981	1	measures	1054	1	pieces
836	1	error	909	1	hinge	982	1	meet	1055	1	pierce
837	1	esarian	910	1	hiv	983	1	member	1056	1	pileptic
838	1	evaluate	911	1	hoarseness	984	1	menstruation	1057	1	pill
839	1	evening	912	1	hold	985	1	mention	1058	1	planning
840	1	everyone	913	1	hole	986	1	met	1059	1	pleased
841	1	exact	914	1	home	987	1	mild	1060	1	pm
842	1	examined	915	1	honesty	988	1	mini	1061	1	point
843	1	example	916	1	hopefully	989	1	minute	1062	1	poorly
844	1	excuse	917	1	hormone	990	1	minutes	1063	1	pop
845	1	expansion	918	1	hot	991	1	miss	1064	1	posology
846	1	experiencing	919	1	hour	992	1	mm	1065	1	postmaster
847	1	expiry	920	1	house	993	1	mmse	1066	1	power
848	1	expression	921	1	however	994	1	moan	1067	1	powerless
849	1	eyelash	922	1	hypertensive	995	1	modify	1068	1	practitioner
850	1	facial	923	1	hypoglycemia	996	1	monocyte	1069	1	prediction
851	1	facing	924	1	identity	997	1	movement	1070	1	pregnant
852	1	fact	925	1	ii	998	1	mump	1071	1	pressing
853	1	fantastic	926	1	ill	999	1	nagging	1072	1	pretty
854	1	fast	927	1	immediately	1000	1	nasal	1073	1	prevent
855	1	fasting	928	1	impairment	1001	1	natural	1074	1	previous
856	1	father	929	1	incorrect	1002	1	nausea	1075	1	prick
857	1	february	930	1	increasingly	1003	1	near	1076	1	printed
858	1	feces	931	1	indicate	1004	1	necessary	1077	1	probably
859	1	file	932	1	indigestion	1005	1	necessitate	1078	1	productive
860	1	fingers	933	1	inflammation	1006	1	needle	1079	1	professional
861	1	finished	934	1	inform	1007	1	needn	1080	1	professionally
862	1	firm	935	1	inhaler	1008	1	neuro	1081	1	properly
863	1	flag	936	1	inspect	1009	1	neutrophil	1082	1	purse
864	1	flat	937	1	inspection	1010	1	new	1083	1	quick
865	1	follow	938	1	instruction	1011	1	nipple	1084	1	quickly
866	1	fool	939	1	insulin	1012	1	node	1085	1	quit
867	1	forearm	940	1	insure	1013	1	noise	1086	1	rabies
868	1	forget	941	1	intervention	1014	1	non	1087	1	radiate
869	1	forth	942	1	intrusive	1015	1	north	1088	1	radiation
870	1	fortunately	943	1	investigation	1016	1	nostril	1089	1	raising
871	1	free	944	1	irregular	1017	1	notes	1090	1	ray
872	1	full	945	1	iteration	1018	1	numbness	1091	1	rayed
873	1	fur	946	1	jerk	1019	1	object	1092	1	reason
874	1	gain	947	1	kevin	1020	1	oedema	1093	1	rectum
875	1	gait	948	1	kidney	1021	1	oesophagus	1094	1	redness
876	1	gallbladder	949	1	kirkgate	1022	1	offensive	1095	1	reduction
877	1	gastrointestinal	950	1	knowledge	1023	1	often	1096	1	refill
878	1	general	951	1	label	1024	1	ointment	1097	1	reflux
879	1	generally	952	1	late	1025	1	okay	1098	1	region
880	1	gerry	953	1	lay	1026	1	onset	1099	1	registration
881	1	gi	954	1	layer	1027	1	order	1100	1	regular
882	1	glove	955	1	least	1028	1	osteoarthritis	1101	1	related
883	1	gloved	956	1	led	1029	1	outer	1102	1	relationship
884	1	gluten	957	1	length	1030	1	overactive	1103	1	relief
885	1	gp	958	1	less	1031	1	overall	1104	1	removed
886	1	guarding	959	1	letter	1032	1	overdo	1105	1	removing
887	1	guess	960	1	leucocyte	1033	1	overpowering	1106	1	renewal
888	1	gumley	961	1	life	1034	1	oxygen	1107	1	replace
889	1	gynobs	962	1	lift	1035	1	pack	1108	1	resonant
890	1	h	963	1	liquid	1036	1	painful	1109	1	roll
891	1	haematocrit	964	1	liver	1037	1	palpation	1110	1	romanoff
892	1	haematology	965	1	living	1038	1	palpitation	1111	1	roof
893	1	haematoma	966	1	loin	1039	1	paper	1112	1	routine
894	1	haemoglobin	967	1	lorry	1040	1	parity	1113	1	royal
895	1	haemorrhage	968	1	lose	1041	1	passed	1114	1	rubella
896	1	hand	969	1	louder	1042	1	path	1115	1	running
897	1	harry	970	1	love	1043	1	pelvic	1116	1	runny
898	1	hate	971	1	lumbar	1044	1	peptic	1117	1	said
899	1	hbp	972	1	lymph	1045	1	percussion	1118	1	saturday
900	1	headache	973	1	lymphocyte	1046	1	perfect	1119	1	saw
901	1	healthcare	974	1	major	1047	1	perhaps	1120	1	scan
902	1	heartburn	975	1	making	1048	1	permitted	1121	1	scar
903	1	hearts	976	1	manage	1049	1	pertussis	1122	1	scare
904	1	heller	977	1	managed	1050	1	pet	1123	1	scary
905	1	hello	978	1	management	1051	1	pharmaceutical	1124	1	school
906	1	helpful	979	1	mass	1052	1	photophobia	1125	1	schoolteacher

1126	1	season	1171	1	spell	1216	1	term	1261	1	unlucky
1127	1	sedimentation	1172	1	spicy	1217	1	thigh	1262	1	unpleasant
1128	1	sending	1173	1	spit	1218	1	though	1263	1	urination
1129	1	sensible	1174	1	spleen	1219	1	thought	1264	1	uterus
1130	1	sensitivity	1175	1	spoken	1220	1	threw	1265	1	vacation
1131	1	sevens	1176	1	spray	1221	1	thrombocytes	1266	1	varicella
1132	1	several	1177	1	st	1222	1	throw	1267	1	various
1133	1	sexual	1178	1	stabbing	1223	1	thumb	1268	1	verrue
1134	1	shape	1179	1	stage	1224	1	thursday	1269	1	vibrating
1135	1	shin	1180	1	std	1225	1	thyroid	1270	1	vibration
1136	1	shooting	1181	1	step	1226	1	tibia	1271	1	vitally
1137	1	shopping	1182	1	stethoscope	1227	1	tickle	1272	1	volume
1138	1	shorts	1183	1	sti	1228	1	tickly	1273	1	waist
1139	1	shout	1184	1	stinging	1229	1	tightness	1274	1	wait
1140	1	shouting	1185	1	stomachache	1230	1	till	1275	1	wake
1141	1	shown	1186	1	stool	1231	1	tire	1276	1	wall
1142	1	shrug	1187	1	straighten	1232	1	toe	1277	1	wanting
1143	1	shrugging	1188	1	straightening	1233	1	toes	1278	1	ward
1144	1	sibling	1189	1	strengthen	1234	1	tomorrow	1279	1	wasn
1145	1	sick	1190	1	stroke	1235	1	town	1280	1	watch
1146	1	simple	1191	1	stuck	1236	1	treat	1281	1	watching
1147	1	simply	1192	1	substance	1237	1	tree	1282	1	way
1148	1	sister	1193	1	subtract	1238	1	tremor	1283	1	wbc
1149	1	sisters	1194	1	success	1239	1	troublesome	1284	1	weak
1150	1	sixty	1195	1	sue	1240	1	trousers	1285	1	wear
1151	1	sleeping	1196	1	suffering	1241	1	truly	1286	1	weren
1152	1	slide	1197	1	suggest	1242	1	trust	1287	1	whether
1153	1	slowly	1198	1	summer	1243	1	trusted	1288	1	white
1154	1	smell	1199	1	supine	1244	1	try	1289	1	whooping
1155	1	smoked	1200	1	supply	1245	1	tube	1290	1	widowed
1156	1	smoking	1201	1	suppository	1246	1	tuesday	1291	1	williams
1157	1	smooth	1202	1	swallow	1247	1	turn	1292	1	windpipe
1158	1	sob	1203	1	swollen	1248	1	twelve	1293	1	without
1159	1	solve	1204	1	symmetrical	1249	1	u	1294	1	wonderful
1160	1	someday	1205	1	syphilis	1250	1	ugly	1295	1	worked
1161	1	someone	1206	1	syrup	1251	1	ulcer	1296	1	world
1162	1	somewhere	1207	1	talking	1252	1	ultrasonograph	1297	1	worried
1163	1	sorrow	1208	1	tapping	1253	1	unable	1298	1	worries
1164	1	sorting	1209	1	tarry	1254	1	unaided	1299	1	written
1165	1	speak	1210	1	tear	1255	1	uncle	1300	1	wrong
1166	1	special	1211	1	technician	1256	1	uncomfortable	1301	1	yellowish
1167	1	specialist	1212	1	temperature	1257	1	underpants	1302	1	young
1168	1	specific	1213	1	temporary	1258	1	understanding	1303	1	younger
1169	1	specified	1214	1	tender	1259	1	uneven			
1170	1	specify	1215	1	tenderness	1260	1	unit			

WL PROG 2

#Lemma Types: 1265
#Lemma Tokens: 3104
#Search Hits: 0

1	188	d
2	110	p
3	56	m
4	32	re
5	30	going
6	27	feel
7	25	like
8	21	go
9	20	one
10	18	know
11	17	let
12	17	pain
13	16	drug
14	16	ok
15	16	well
16	15	blood
17	15	could
18	14	get
19	14	say
20	14	test
21	13	tell
22	12	back
23	12	need
24	12	time
25	12	ve
26	11	eye
27	11	good
28	11	wrong
29	10	make
30	10	would
31	10	yeah
32	9	cause
33	9	nerve
34	9	people
35	9	start
36	9	think
37	9	three
38	9	w
39	9	year
40	8	heart
41	8	hurt
42	8	put
43	8	rash
44	8	stop
45	8	use
46	7	didn
47	7	first
48	7	give
49	7	got
50	7	house
51	7	last
52	7	look
53	7	nothing
54	7	okay
55	7	push
56	7	right
57	7	see
58	7	take
59	7	throat
60	7	want
61	7	way
62	6	arms
63	6	bite
64	6	cancer
65	6	doctor
66	6	examination
67	6	face
68	6	gonna
69	6	might
70	6	patient
71	6	pee
72	6	really
73	6	side
74	6	sometimes
75	6	thank
76	6	tongue
77	6	touch
78	6	yes
79	5	able
80	5	anything
81	5	better
82	5	call
83	5	chest
84	5	come
85	5	day
86	5	doesn
87	5	dr
88	5	ever
89	5	finger
90	5	great
91	5	hand
92	5	happen
93	5	leg
94	5	limb
95	5	ll
96	5	lung
97	5	maybe
98	5	mean
99	5	muscle
100	5	needle
101	5	old
102	5	policy
103	5	rate
104	5	said
105	5	skin
106	5	sleep
107	5	small
108	5	something
109	5	sorry
110	5	sure
111	5	symptom
112	5	today
113	5	walk
114	5	word
115	5	world
116	4	ability
117	4	ask
118	4	bad
119	4	big
120	4	body
121	4	break
122	4	breath
123	4	bruise
124	4	c
125	4	car
126	4	cheek
127	4	close
128	4	control
129	4	cough
130	4	cranial
131	4	every
132	4	failure
133	4	feet
134	4	fever
135	4	getting
136	4	guy
137	4	home
138	4	hospital
139	4	hours
140	4	infection
141	4	joint
142	4	joy
143	4	keep
144	4	kind
145	4	means
146	4	memory
147	4	much
148	4	night
149	4	nose
150	4	obviously
151	4	ocd
152	4	oh
153	4	organ
154	4	pill
155	4	problem
156	4	recall
157	4	repeat
158	4	robert
159	4	seeker
160	4	sensation
161	4	sera
162	4	sharp
163	4	someone
164	4	son
165	4	sore
166	4	stomach
167	4	stroke
168	4	try
169	4	two
170	4	work
171	3	accident
172	3	actually
173	3	allergic
174	3	already
175	3	ankle
176	3	aren
177	3	arm
178	3	asthma
179	3	balance
180	3	bathroom
181	3	bed
182	3	blind
183	3	called
184	3	change
185	3	check
186	3	clinic
187	3	crush
188	3	diabetes
189	3	difference
190	3	discharge
191	3	er
192	3	even
193	3	exam
194	3	examine
195	3	family
196	3	feeling
197	3	freak
198	3	free
199	3	gabapentin
200	3	god
201	3	hair
202	3	half
203	3	haven
204	3	head
205	3	hearing
206	3	hell
207	3	help
208	3	history
209	3	inhaler
210	3	involve
211	3	isn
212	3	knee
213	3	lap
214	3	least
215	3	left
216	3	lip
217	3	little
218	3	looking
219	3	lot
220	3	lower
221	3	lumbar
222	3	medical
223	3	memorize
224	3	mind
225	3	mistake
226	3	neck
227	3	never
228	3	notice
229	3	numb
230	3	open
231	3	oxygen
232	3	palsy
233	3	panel
234	3	part
235	3	party
236	3	person
237	3	pin
238	3	puff
239	3	read
240	3	sample
241	3	saying
242	3	seven
243	3	shot
244	3	shoulder
245	3	sit
246	3	spinal
247	3	spine
248	3	stick
249	3	system
250	3	tight
251	3	tightness
252	3	tooth
253	3	top
254	3	twice
255	3	u
256	3	uh
257	3	upper
258	3	usually
259	3	wasn
260	3	water
261	3	wee
262	3	week
263	3	without
264	3	won
265	2	acceptance
266	2	act
267	2	addictive
268	2	amount
269	2	amped
270	2	and
271	2	answer
272	2	anywhere
273	2	around
274	2	assess
275	2	available
276	2	b
277	2	backwards

278	2	band	351	2	enough	424	2	neurological	497	2	thick
279	2	bang	352	2	eosinophil	425	2	new	498	2	thinking
280	2	become	353	2	erythrocyte	426	2	next	499	2	threat
281	2	behave	354	2	except	427	2	node	500	2	throbbing
282	2	behaviour	355	2	eyebrow	428	2	normal	501	2	till
283	2	believe	356	2	eyelid	429	2	numbness	502	2	times
284	2	besides	357	2	f	430	2	opiate	503	2	tinge
285	2	biopsy	358	2	facial	431	2	painful	504	2	tingling
286	2	black	359	2	fail	432	2	pass	505	2	tip
287	2	blindness	360	2	fall	433	2	past	506	2	tire
288	2	bloodstream	361	2	far	434	2	pay	507	2	told
289	2	bowel	362	2	fence	435	2	pituitary	508	2	trauma
290	2	bp	363	2	find	436	2	positive	509	2	tree
291	2	brain	364	2	fine	437	2	prescribing	510	2	trial
292	2	brilliant	365	2	fit	438	2	prescription	511	2	tried
293	2	broken	366	2	five	439	2	pressure	512	2	trouble
294	2	bruising	367	2	fix	440	2	pretty	513	2	turn
295	2	business	368	2	floppy	441	2	probably	514	2	type
296	2	but	369	2	fluid	442	2	process	515	2	typical
297	2	buzzing	370	2	foot	443	2	prognosis	516	2	um
298	2	care	371	2	friend	444	2	public	517	2	underlie
299	2	causing	372	2	front	445	2	pulling	518	2	understand
300	2	cell	373	2	funny	446	2	puncture	519	2	unfortunately
301	2	chart	374	2	game	447	2	pussyfoot	520	2	unfriendly
302	2	christmas	375	2	gave	448	2	que	521	2	upset
303	2	cigarette	376	2	gland	449	2	question	522	2	urinate
304	2	class	377	2	grab	450	2	quite	523	2	urine
305	2	clean	378	2	guess	451	2	radiation	524	2	uterus
306	2	clench	379	2	gut	452	2	raise	525	2	vasculitis
307	2	closed	380	2	hands	453	2	reflex	526	2	vessel
308	2	clot	381	2	hard	454	2	related	527	2	vicodin
309	2	cloudy	382	2	harmless	455	2	relative	528	2	waistline
310	2	cogwheeling	383	2	heel	456	2	relax	529	2	wait
311	2	coma	384	2	hey	457	2	resort	530	2	walking
312	2	completely	385	2	hip	458	2	respirator	531	2	weakness
313	2	condition	386	2	hour	459	2	result	532	2	weight
314	2	condom	387	2	hypoxic	460	2	rib	533	2	wife
315	2	consult	388	2	idiot	461	2	rigidity	534	2	winter
316	2	contrast	389	2	ifs	462	2	rule	535	2	withdrawal
317	2	cool	390	2	immediate	463	2	run	536	2	woman
318	2	cooler	391	2	inflammation	464	2	scale	537	2	women
319	2	copy	392	2	inflammatory	465	2	scan	538	2	works
320	2	cord	393	2	injection	466	2	school	539	2	wrinkle
321	2	course	394	2	intestine	467	2	scrape	540	2	wrist
322	2	crawl	395	2	item	468	2	scratchy	541	2	yet
323	2	crooked	396	2	jaw	469	2	secret	542	1	abdomen
324	2	cuddy	397	2	jumbled	470	2	send	543	1	abnormality
325	2	cute	398	2	kill	471	2	sense	544	1	absolutely
326	2	damage	399	2	lab	472	2	sensitivity	545	1	absolve
327	2	damned	400	2	lesion	473	2	severed	546	1	accepted
328	2	dangerous	401	2	light	474	2	shooting	547	1	acetaminophen
329	2	dead	402	2	lines	475	2	shouldn	548	1	ach
330	2	deal	403	2	live	476	2	show	549	1	acid
331	2	death	404	2	liver	477	2	sir	550	1	adenocarcinoma
332	2	dehydration	405	2	losing	478	2	skull	551	1	adrenaline
333	2	department	406	2	love	479	2	slip	552	1	advanced
334	2	diarrhea	407	2	lupus	480	2	slurring	553	1	afraid
335	2	disease	408	2	lymph	481	2	smile	554	1	age
336	2	dizziness	409	2	manage	482	2	soft	555	1	aid
337	2	dizzy	410	2	manageable	483	2	sound	556	1	aids
338	2	dog	411	2	massive	484	2	specific	557	1	alan
339	2	done	412	2	mental	485	2	state	558	1	albow
340	2	dot	413	2	merry	486	2	status	559	1	alcohol
341	2	drink	414	2	metastasize	487	2	still	560	1	alden
342	2	drinking	415	2	mine	488	2	stories	561	1	aligned
343	2	drop	416	2	missing	489	2	sugar	562	1	alive
344	2	drowsy	417	2	month	490	2	swing	563	1	allergy
345	2	dry	418	2	mouth	491	2	swollen	564	1	almost
346	2	dying	419	2	moving	492	2	syndrome	565	1	also
347	2	eat	420	2	mr	493	2	temporize	566	1	andres
348	2	elevated	421	2	mri	494	2	term	567	1	angry
349	2	else	422	2	nauseous	495	2	tested	568	1	anna
350	2	enema	423	2	negative	496	2	therapist	569	1	anniversary

570	1	another	643	1	cellulitis	716	1	curling	789	1	fifty
571	1	antibody	644	1	centre	717	1	cut	790	1	fighter
572	1	antihistamine	645	1	certain	718	1	cva	791	1	file
573	1	apologize	646	1	charge	719	1	dare	792	1	fingernail
574	1	apparently	647	1	charted	720	1	dark	793	1	fingers
575	1	appear	648	1	cheap	721	1	date	794	1	fire
576	1	apply	649	1	checked	722	1	decide	795	1	fixing
577	1	appropriate	650	1	cheese	723	1	deep	796	1	flag
578	1	arrest	651	1	chickenpox	724	1	definition	797	1	follow
579	1	asking	652	1	chill	725	1	delivered	798	1	food
580	1	assessing	653	1	chin	726	1	delivery	799	1	forbid
581	1	assignment	654	1	china	727	1	describe	800	1	forearm
582	1	atropine	655	1	cholesterol	728	1	destroy	801	1	forehead
583	1	attack	656	1	chronic	729	1	detected	802	1	forget
584	1	attentional	657	1	churg	730	1	detox	803	1	fork
585	1	attractive	658	1	circulatory	731	1	diabetic	804	1	forth
586	1	autumn	659	1	city	732	1	diagnose	805	1	forty
587	1	away	660	1	clarence	733	1	diagnosed	806	1	foster
588	1	baby	661	1	classical	734	1	diarrhoea	807	1	four
589	1	backbone	662	1	clear	735	1	die	808	1	full
590	1	backdrop	663	1	clinical	736	1	diet	809	1	fur
591	1	ball	664	1	closest	737	1	different	810	1	gallbladder
592	1	bare	665	1	closing	738	1	disorder	811	1	gallium
593	1	barely	666	1	cocaine	739	1	distinguish	812	1	games
594	1	batter	667	1	cock	740	1	dory	813	1	gas
595	1	beam	668	1	codeine	741	1	double	814	1	girl
596	1	bedridden	669	1	cogaritis	742	1	draw	815	1	given
597	1	beginning	670	1	cold	743	1	drone	816	1	giving
598	1	behavior	671	1	colleague	744	1	dropped	817	1	glove
599	1	belong	672	1	collect	745	1	drove	818	1	gluten
600	1	best	673	1	column	746	1	drowsiness	819	1	glycaemia
601	1	bet	674	1	coming	747	1	dull	820	1	gourmet
602	1	bilateral	675	1	commission	748	1	dullness	821	1	grade
603	1	birth	676	1	communicate	749	1	dumpty	822	1	grocery
604	1	bladder	677	1	como	750	1	durable	823	1	guarding
605	1	bleed	678	1	company	751	1	dust	824	1	guessing
606	1	bleeding	679	1	compensation	752	1	dye	825	1	guts
607	1	blink	680	1	complain	753	1	dyspnoea	826	1	haematoma
608	1	block	681	1	complaint	754	1	ear	827	1	haemorrhage
609	1	bloody	682	1	complexion	755	1	echo	828	1	hammer
610	1	bluish	683	1	compulsion	756	1	educated	829	1	hang
611	1	blunt	684	1	compulsive	757	1	effective	830	1	harder
612	1	blurred	685	1	concentrating	758	1	either	831	1	harmful
613	1	boiling	686	1	connected	759	1	ekg	832	1	harry
614	1	bone	687	1	conscious	760	1	electrolyte	833	1	headhunt
615	1	born	688	1	constantly	761	1	empty	834	1	health
616	1	boss	689	1	constellation	762	1	end	835	1	healthy
617	1	bottom	690	1	constrictive	763	1	engaged	836	1	hear
618	1	bound	691	1	contagious	764	1	enlarged	837	1	heartbeat
619	1	bowels	692	1	continuing	765	1	epileptic	838	1	heartburn
620	1	bradycardia	693	1	cook	766	1	epinephrine	839	1	high
621	1	brand	694	1	coordination	767	1	erratic	840	1	hike
622	1	breathe	695	1	corpuscular	768	1	especially	841	1	hit
623	1	breathing	696	1	correct	769	1	esr	842	1	hoarseness
624	1	bring	697	1	corticosteroid	770	1	established	843	1	hold
625	1	broker	698	1	cotton	771	1	exactly	844	1	homeopathic
626	1	brothers	699	1	couch	772	1	excuse	845	1	homework
627	1	brown	700	1	coughing	773	1	exercise	846	1	honey
628	1	bruits	701	1	count	774	1	expression	847	1	hot
629	1	building	702	1	counter	775	1	extreme	848	1	however
630	1	buying	703	1	country	776	1	eyelash	849	1	human
631	1	bye	704	1	county	777	1	fact	850	1	humpty
632	1	calf	705	1	couple	778	1	fantastic	851	1	hundred
633	1	candy	706	1	cover	779	1	farmer	852	1	hurry
634	1	cane	707	1	cracked	780	1	farmhouse	853	1	hypertension
635	1	capacity	708	1	crackle	781	1	fasting	854	1	illicit
636	1	capsule	709	1	crackling	782	1	fatigue	855	1	imaginary
637	1	carcinoma	710	1	cranium	783	1	favorite	856	1	immediately
638	1	cardiac	711	1	crushing	784	1	feces	857	1	immune
639	1	carefully	712	1	cry	785	1	female	858	1	immunosuppressant
640	1	carotid	713	1	cts	786	1	fetal	859	1	impairment
641	1	case	714	1	cured	787	1	fi	860	1	important
642	1	catch	715	1	curl	788	1	fiddle	861	1	impossible

862	1	impress	935	1	meal	1008	1	pancreatic	1081	1	room
863	1	incorrect	936	1	measure	1009	1	paralysis	1082	1	round
864	1	indicate	937	1	mechanism	1010	1	paraneoplastic	1083	1	rubella
865	1	inflame	938	1	med	1011	1	parity	1084	1	running
866	1	inject	939	1	medication	1012	1	peeing	1085	1	runny
867	1	inoperable	940	1	meet	1013	1	percent	1086	1	runs
868	1	insatiable	941	1	member	1014	1	perfect	1087	1	ruptured
869	1	inside	942	1	members	1015	1	perform	1088	1	safe
870	1	insipidus	943	1	message	1016	1	personal	1089	1	sand
871	1	insomnia	944	1	meth	1017	1	personality	1090	1	saturday
872	1	instinct	945	1	middle	1018	1	pertussis	1091	1	schedule
873	1	insurance	946	1	mildly	1019	1	pet	1092	1	science
874	1	intact	947	1	mile	1020	1	phlegm	1093	1	screen
875	1	interview	948	1	miles	1021	1	phone	1094	1	season
876	1	intubate	949	1	mindless	1022	1	photophobia	1095	1	section
877	1	inventory	950	1	mini	1023	1	piece	1096	1	security
878	1	isotope	951	1	minimize	1024	1	pierce	1097	1	sed
879	1	issue	952	1	mission	1025	1	place	1098	1	sedimentation
880	1	issues	953	1	mix	1026	1	plainsboro	1099	1	seeking
881	1	iteration	954	1	mixed	1027	1	plane	1100	1	seem
882	1	jab	955	1	mmse	1028	1	plaster	1101	1	seizure
883	1	jacent	956	1	mnemonic	1029	1	platelet	1102	1	selling
884	1	jerk	957	1	moan	1030	1	please	1103	1	sensible
885	1	job	958	1	mojitos	1031	1	plus	1104	1	sentence
886	1	keeping	959	1	money	1032	1	pneumothorax	1105	1	set
887	1	keith	960	1	mood	1033	1	pop	1106	1	sevens
888	1	keys	961	1	morning	1034	1	position	1107	1	seventh
889	1	kidding	962	1	moron	1035	1	pound	1108	1	sexually
890	1	kidney	963	1	mother	1036	1	poured	1109	1	shin
891	1	kids	964	1	movement	1037	1	power	1110	1	shock
892	1	killed	965	1	mris	1038	1	practice	1111	1	short
893	1	kin	966	1	mug	1039	1	prescribe	1112	1	shortness
894	1	kinky	967	1	mump	1040	1	present	1113	1	shorts
895	1	knocking	968	1	must	1041	1	prick	1114	1	shown
896	1	l	969	1	mystery	1042	1	princeton	1115	1	shrug
897	1	lack	970	1	n	1043	1	principal	1116	1	shrugging
898	1	lacking	971	1	nagging	1044	1	prison	1117	1	sibling
899	1	lady	972	1	nail	1045	1	productive	1118	1	sick
900	1	large	973	1	naomi	1046	1	properly	1119	1	sign
901	1	late	974	1	nasal	1047	1	pt	1120	1	simple
902	1	later	975	1	natalie	1048	1	purse	1121	1	since
903	1	leaf	976	1	natural	1049	1	quarters	1122	1	sisters
904	1	legal	977	1	neither	1050	1	quick	1123	1	six
905	1	less	978	1	neuro	1051	1	quicker	1124	1	sleepy
906	1	letting	979	1	neurologic	1052	1	r	1125	1	slide
907	1	leucocyte	980	1	news	1053	1	rabies	1126	1	slow
908	1	lie	981	1	ninety	1054	1	race	1127	1	slowly
909	1	lighthead	982	1	ninth	1055	1	radiate	1128	1	slur
910	1	likely	983	1	nipple	1056	1	radiating	1129	1	smach
911	1	linked	984	1	nope	1057	1	radioactive	1130	1	smell
912	1	listening	985	1	north	1058	1	raising	1131	1	smoke
913	1	loc	986	1	nostril	1059	1	razor	1132	1	smoked
914	1	localize	987	1	object	1060	1	rbc	1133	1	smoking
915	1	locked	988	1	obsessive	1061	1	reach	1134	1	sob
916	1	loin	989	1	occam	1062	1	ready	1135	1	sold
917	1	long	990	1	occasionally	1063	1	real	1136	1	sole
918	1	longer	991	1	oedema	1064	1	realize	1137	1	somebody
919	1	lose	992	1	oesophagus	1065	1	record	1138	1	sort
920	1	loss	993	1	offer	1066	1	records	1139	1	sous
921	1	loud	994	1	office	1067	1	reflux	1140	1	spare
922	1	loved	995	1	often	1068	1	region	1141	1	spatula
923	1	lover	996	1	ointment	1069	1	registration	1142	1	special
924	1	lp	997	1	onset	1070	1	rehab	1143	1	specifically
925	1	lunch	998	1	opener	1071	1	rehabilitation	1144	1	speech
926	1	made	999	1	opening	1072	1	relieving	1145	1	spell
927	1	male	1000	1	oral	1073	1	remember	1146	1	spleen
928	1	manifest	1001	1	organomegaly	1074	1	remind	1147	1	spoke
929	1	many	1002	1	otc	1075	1	requisition	1148	1	spot
930	1	marine	1003	1	other	1076	1	response	1149	1	spray
931	1	market	1004	1	pacemaker	1077	1	rest	1150	1	sputum
932	1	massachusetts	1005	1	palm	1078	1	retired	1151	1	stabbed
933	1	mckenna	1006	1	palpitation	1079	1	ring	1152	1	stabbing
934	1	mcv	1007	1	pancake	1080	1	roll	1153	1	stand

1154	1	std	1182	1	tablet	1210	1	towards	1238	1	wanna
1155	1	steroid	1183	1	tachycardia	1211	1	tox	1239	1	ward
1156	1	sti	1184	1	taken	1212	1	trachea	1240	1	watch
1157	1	sticking	1185	1	talk	1213	1	train	1241	1	wbc
1158	1	stinging	1186	1	tapping	1214	1	transmitted	1242	1	weak
1159	1	stool	1187	1	tarry	1215	1	treatable	1243	1	weigh
1160	1	store	1188	1	teenager	1216	1	treatment	1244	1	weird
1161	1	straight	1189	1	tend	1217	1	tremor	1245	1	weren
1162	1	straightening	1190	1	tendon	1218	1	true	1246	1	whatever
1163	1	strauss	1191	1	testing	1219	1	trust	1247	1	whooping
1164	1	strength	1192	1	text	1220	1	trying	1248	1	whose
1165	1	strenuously	1193	1	thanks	1221	1	tuning	1249	1	wi
1166	1	structurally	1194	1	thigh	1222	1	unaided	1250	1	widowed
1167	1	stuck	1195	1	threaten	1223	1	unconscious	1251	1	wild
1168	1	study	1196	1	thrombocytes	1224	1	unit	1252	1	wilson
1169	1	stupid	1197	1	thrombus	1225	1	unpasteurized	1253	1	wit
1170	1	subtract	1198	1	throw	1226	1	unsteady	1254	1	womb
1171	1	suicidal	1199	1	thumb	1227	1	used	1255	1	wool
1172	1	sulfasalazine	1200	1	tibia	1228	1	user	1256	1	workout
1173	1	supply	1201	1	ticket	1229	1	varicella	1257	1	worried
1174	1	supposed	1202	1	ticklish	1230	1	venice	1258	1	worry
1175	1	supposedly	1203	1	tickly	1231	1	vibration	1259	1	worse
1176	1	suppository	1204	1	toe	1232	1	violence	1260	1	worst
1177	1	surgery	1205	1	toes	1233	1	vision	1261	1	wouldn
1178	1	swallow	1206	1	together	1234	1	volume	1262	1	wow
1179	1	swelling	1207	1	tomorrow	1235	1	vomiting	1263	1	written
1180	1	syrup	1208	1	took	1236	1	waist	1264	1	young
1181	1	systemic	1209	1	tool	1237	1	wake	1265	1	zygomatic

WL PROG 3

#Lemma Types: 1357
#Lemma Tokens: 3207
#Search Hits: 0

1	76	d
2	68	m
3	41	doctor
4	37	p
5	34	sheldon
6	25	like
7	23	leonard
8	22	going
9	20	re
10	19	could
11	19	go
12	18	know
13	18	okay
14	18	one
15	17	feel
16	17	oh
17	17	ok
18	17	well
19	16	say
20	16	test
21	14	blood
22	14	get
23	14	right
24	13	back
25	13	let
26	13	ll
27	12	fine
28	12	nurse
29	12	ross
30	12	want
31	12	would
32	11	eddie
33	11	ron
34	10	eye
35	10	gonna
36	10	good
37	10	need
38	10	penny
39	10	think
40	10	yes
41	9	beau
42	9	cool
43	9	joey
44	9	lynette
45	9	mike
46	9	pain
47	9	side
48	9	start
49	9	stop
50	9	take
51	9	tell
52	8	even
53	8	heart
54	8	kidney
55	8	make
56	8	nerve
57	8	put
58	8	sorry
59	8	year
60	7	big
61	7	c
62	7	come
63	7	drink
64	7	first
65	7	god
66	7	hear
67	7	jake
68	7	jay
69	7	mother
70	7	time
71	6	actually
72	6	alan
73	6	arms
74	6	bang
75	6	bite
76	6	boy
77	6	cause
78	6	didn
79	6	examination
80	6	fever
81	6	happen
82	6	may
83	6	medical
84	6	part
85	6	people
86	6	pill
87	6	push
88	6	rate
89	6	steph
90	6	tongue
91	6	ve
92	6	way
93	6	yeah
94	5	able
95	5	accident
96	5	anything
97	5	ask
98	5	biopsy
99	5	cut
100	5	damage
101	5	date
102	5	day
103	5	family
104	5	finger
105	5	getting
106	5	great
107	5	history
108	5	jules
109	5	keep
110	5	last
111	5	limb
112	5	manny
113	5	memory
114	5	neck
115	5	notice
116	5	phoebe
117	5	shoulder
118	5	son
119	5	stress
120	5	sure
121	5	thank
122	5	today
123	5	touch
124	5	try
125	5	two
126	5	upper
127	5	walk
128	5	week
129	5	word
130	4	ability
131	4	appendix
132	4	attack
133	4	birth
134	4	brain
135	4	breath
136	4	call
137	4	captain
138	4	change
139	4	cheek
140	4	chest
141	4	close
142	4	control
143	4	cranial
144	4	effect
145	4	exam
146	4	face
147	4	fall
148	4	fill
149	4	funny
150	4	gloria
151	4	hand
152	4	hey
153	4	home
154	4	hours
155	4	house
156	4	hurt
157	4	involve
158	4	kind
159	4	least
160	4	leg
161	4	little
162	4	lot
163	4	love
164	4	lymphoma
165	4	mump
166	4	next
167	4	nose
168	4	numb
169	4	ocd
170	4	organ
171	4	pressure
172	4	recall
173	4	repeat
174	4	robert
175	4	scan
176	4	see
177	4	sharp
178	4	skin
179	4	sound
180	4	stroke
181	4	theory
182	4	three
183	4	trial
184	4	type
185	4	understand
186	4	whole
187	4	without
188	4	work
189	4	wrong
190	3	ah
191	3	allergic
192	3	arm
193	3	bad
194	3	bed
195	3	besides
196	3	better
197	3	body
198	3	break
199	3	bring
200	3	called
201	3	cardiac
202	3	check
203	3	cholera
204	3	clear
205	3	contagious
206	3	count
207	3	cuff
208	3	detective
209	3	diabetes
210	3	discomfort
211	3	disease
212	3	disorder
213	3	done
214	3	dr
215	3	dry
216	3	eat
217	3	enough
218	3	ever
219	3	examine
220	3	failure
221	3	foot
222	3	full
223	3	give
224	3	hair
225	3	half
226	3	head
227	3	hearing
228	3	high
229	3	hospital
230	3	infection
231	3	inflame
232	3	jaw
233	3	left
234	3	lip
235	3	liver
236	3	long
237	3	look
238	3	looking
239	3	lord
240	3	lose
241	3	lower
242	3	lung
243	3	lymph
244	3	man
245	3	mean
246	3	means
247	3	memorize
248	3	mental
249	3	might
250	3	mind
251	3	mouth
252	3	moving
253	3	mrs
254	3	much
255	3	muscle
256	3	needle
257	3	node
258	3	nothing
259	3	object
260	3	old
261	3	open
262	3	operate
263	3	oxygen
264	3	palsy
265	3	patient
266	3	pin
267	3	puff
268	3	purpose
269	3	question
270	3	rash
271	3	really
272	3	rule
273	3	run
274	3	sensation
275	3	sick
276	3	spinal
277	3	stick

278	3	stomach	351	2	cuddy	424	2	immune	497	2	scavo
279	3	stone	352	2	cute	425	2	inflammation	498	2	school
280	3	surgery	353	2	dark	426	2	intestinal	499	2	sedimentation
281	3	swelling	354	2	darling	427	2	isn	500	2	sense
282	3	symptom	355	2	dead	428	2	item	501	2	several
283	3	therapist	356	2	dehydration	429	2	jerk	502	2	shelf
284	3	things	357	2	department	430	2	joy	503	2	shingles
285	3	thumb	358	2	desk	431	2	jumbled	504	2	shooting
286	3	tooth	359	2	desperate	432	2	lady	505	2	short
287	3	uh	360	2	diagnose	433	2	life	506	2	shouldn
288	3	world	361	2	diet	434	2	lifestyle	507	2	sign
289	3	yet	362	2	dinosaur	435	2	likely	508	2	skull
290	2	abdomen	363	2	discharge	436	2	lines	509	2	slurring
291	2	according	364	2	doesn	437	2	live	510	2	small
292	2	aching	365	2	drinking	438	2	longer	511	2	smile
293	2	actual	366	2	drop	439	2	loss	512	2	something
294	2	adhesive	367	2	drowsy	440	2	lost	513	2	special
295	2	afraid	368	2	drug	441	2	malaria	514	2	spine
296	2	allergy	369	2	duck	442	2	massive	515	2	sputum
297	2	already	370	2	electromyogram	443	2	maybe	516	2	stage
298	2	alright	371	2	elevated	444	2	medication	517	2	status
299	2	also	372	2	emergency	445	2	menstrual	518	2	std
300	2	amount	373	2	end	446	2	migraine	519	2	stones
301	2	amped	374	2	eosinophil	447	2	mild	520	2	stool
302	2	and	375	2	episode	448	2	misshapen	521	2	stretch
303	2	angry	376	2	er	449	2	mole	522	2	subside
304	2	answer	377	2	erythrocyte	450	2	monica	523	2	sudden
305	2	anxiety	378	2	esr	451	2	morning	524	2	sugar
306	2	assess	379	2	extreme	452	2	mr	525	2	suicidal
307	2	asthma	380	2	eyebrow	453	2	mri	526	2	support
308	2	backwards	381	2	eyelid	454	2	nature	527	2	swing
309	2	barium	382	2	f	455	2	nausea	528	2	swollen
310	2	believe	383	2	facial	456	2	neurological	529	2	talk
311	2	bend	384	2	fainting	457	2	never	530	2	tapeworm
312	2	bennett	385	2	father	458	2	nine	531	2	tested
313	2	birthday	386	2	fatigue	459	2	occur	532	2	testicular
314	2	bloating	387	2	feeling	460	2	painful	533	2	th
315	2	blockage	388	2	feet	461	2	party	534	2	thought
316	2	blossom	389	2	file	462	2	pasadena	535	2	tight
317	2	blurred	390	2	fist	463	2	pass	536	2	tinge
318	2	boil	391	2	fit	464	2	past	537	2	tip
319	2	bp	392	2	floppy	465	2	perform	538	2	together
320	2	brash	393	2	fluid	466	2	period	539	2	told
321	2	breathing	394	2	form	467	2	personal	540	2	top
322	2	brilliant	395	2	friend	468	2	pituitary	541	2	u
323	2	bruise	396	2	function	469	2	play	542	2	use
324	2	burst	397	2	gas	470	2	possible	543	2	vasculitis
325	2	but	398	2	gi	471	2	pound	544	2	vegetable
326	2	buzzing	399	2	given	472	2	problem	545	2	vessel
327	2	calf	400	2	gland	473	2	puffy	546	2	vision
328	2	cancer	401	2	goiter	474	2	pulling	547	2	walking
329	2	candy	402	2	got	475	2	quarantine	548	2	wanna
330	2	car	403	2	grab	476	2	quick	549	2	water
331	2	cbc	404	2	groan	477	2	quiet	550	2	weak
332	2	charge	405	2	group	478	2	quite	551	2	weakness
333	2	chart	406	2	gum	479	2	r	552	2	weeks
334	2	chrysanthemum	407	2	hands	480	2	radiate	553	2	weird
335	2	clench	408	2	hang	481	2	raise	554	2	white
336	2	closed	409	2	haven	482	2	ray	555	2	winter
337	2	clot	410	2	hazelnut	483	2	ready	556	2	wouldn
338	2	cogwheeling	411	2	health	484	2	real	557	2	wrinkle
339	2	color	412	2	heel	485	2	records	558	2	wrist
340	2	concussion	413	2	hell	486	2	reflex	559	2	write
341	2	condom	414	2	help	487	2	related	560	1	ab
342	2	contact	415	2	hiccup	488	2	relax	561	1	abnormality
343	2	copy	416	2	hodgkin	489	2	remember	562	1	absolutely
344	2	cord	417	2	hour	490	2	respirator	563	1	absolve
345	2	correct	418	2	housewife	491	2	result	564	1	acceptance
346	2	cough	419	2	hypertension	492	2	rex	565	1	accidental
347	2	course	420	2	hypoxic	493	2	rib	566	1	accidentally
348	2	cowardice	421	2	ifs	494	2	rigidity	567	1	acid
349	2	crooked	422	2	illness	495	2	room	568	1	act
350	2	cry	423	2	immediate	496	2	said	569	1	adrenaline

ANNEXE 18
Wordlists des trois programmes (WL PROG)

570	1	advanced	643	1	bloody	716	1	constrictive	789	1	elie
571	1	adverse	644	1	bluish	717	1	consume	790	1	emma
572	1	age	645	1	blunt	718	1	conundrum	791	1	empty
573	1	ago	646	1	born	719	1	coordination	792	1	enema
574	1	aid	647	1	boss	720	1	corpuscular	793	1	engaged
575	1	aim	648	1	botulism	721	1	cotton	794	1	enlarged
576	1	ain	649	1	bound	722	1	couch	795	1	enroll
577	1	alarming	650	1	boys	723	1	cougar	796	1	epic
578	1	albow	651	1	braggadocio	724	1	coughing	797	1	epileptic
579	1	alcohol	652	1	brand	725	1	counter	798	1	epinephrine
580	1	amplification	653	1	breathe	726	1	county	799	1	especially
581	1	animal	654	1	bree	727	1	couple	800	1	etc
582	1	ankle	655	1	broke	728	1	cover	801	1	eventually
583	1	anomaly	656	1	broken	729	1	cracked	802	1	every
584	1	answered	657	1	brooklyn	730	1	crackle	803	1	everything
585	1	antihistamine	658	1	brothers	731	1	crackling	804	1	excuse
586	1	anyhow	659	1	brown	732	1	cranium	805	1	exercise
587	1	apologize	660	1	bruising	733	1	crazy	806	1	explanation
588	1	appear	661	1	bruits	734	1	criminal	807	1	explode
589	1	appetite	662	1	brussels	735	1	crisis	808	1	exploratory
590	1	area	663	1	building	736	1	cruciferous	809	1	exponentially
591	1	around	664	1	bump	737	1	cruel	810	1	expression
592	1	arrest	665	1	burden	738	1	crush	811	1	extra
593	1	arrive	666	1	busy	739	1	crushing	812	1	eyelash
594	1	asking	667	1	buttock	740	1	currently	813	1	failed
595	1	ass	668	1	cane	741	1	cva	814	1	faint
596	1	assessing	669	1	cap	742	1	damned	815	1	fantastic
597	1	assignment	670	1	capacity	743	1	dance	816	1	far
598	1	assistance	671	1	capsule	744	1	dare	817	1	fasting
599	1	assure	672	1	careful	745	1	darkening	818	1	favorite
600	1	attentional	673	1	carefully	746	1	dear	819	1	feces
601	1	attribute	674	1	case	747	1	death	820	1	feed
602	1	aunt	675	1	cat	748	1	decide	821	1	fell
603	1	authorize	676	1	catch	749	1	decrease	822	1	felt
604	1	autumn	677	1	causing	750	1	decreasing	823	1	female
605	1	avoid	678	1	cell	751	1	deep	824	1	fetal
606	1	b	679	1	cellulitis	752	1	deficiency	825	1	feverish
607	1	baby	680	1	chandler	753	1	delivery	826	1	fiddle
608	1	backbone	681	1	chickenpox	754	1	depression	827	1	fifty
609	1	backdrop	682	1	children	755	1	describe	828	1	fighter
610	1	background	683	1	chill	756	1	detected	829	1	find
611	1	bakin	684	1	chin	757	1	develop	830	1	fingernail
612	1	balance	685	1	churg	758	1	diagnosed	831	1	fingers
613	1	ball	686	1	city	759	1	dial	832	1	fins
614	1	band	687	1	claim	760	1	diaphragm	833	1	five
615	1	bare	688	1	class	761	1	diarrhea	834	1	flag
616	1	barely	689	1	classical	762	1	diarrhoea	835	1	flower
617	1	bark	690	1	claw	763	1	die	836	1	follow
618	1	base	691	1	cleavage	764	1	different	837	1	food
619	1	baseline	692	1	clinical	765	1	dislocate	838	1	forearm
620	1	batter	693	1	closest	766	1	dislocated	839	1	forehead
621	1	beam	694	1	closing	767	1	dizzy	840	1	fork
622	1	become	695	1	cock	768	1	dollar	841	1	forth
623	1	bedridden	696	1	coded	769	1	doodle	842	1	free
624	1	beginning	697	1	collision	770	1	doomed	843	1	front
625	1	behave	698	1	column	771	1	dory	844	1	frontal
626	1	behavioral	699	1	comforter	772	1	double	845	1	fun
627	1	behaviour	700	1	commit	773	1	doubt	846	1	funeral
628	1	behind	701	1	commitment	774	1	drawing	847	1	fur
629	1	belly	702	1	common	775	1	dropped	848	1	g
630	1	belong	703	1	como	776	1	drowsiness	849	1	gallbladder
631	1	belongings	704	1	company	777	1	due	850	1	gave
632	1	best	705	1	compensation	778	1	dull	851	1	giant
633	1	betrayed	706	1	complete	779	1	dullness	852	1	gingiva
634	1	bilateral	707	1	completely	780	1	dumpty	853	1	girl
635	1	black	708	1	complexion	781	1	dust	854	1	glove
636	1	bladder	709	1	compulsion	782	1	dying	855	1	glucose
637	1	blank	710	1	compulsive	783	1	dyspnoea	856	1	gluten
638	1	bleed	711	1	concern	784	1	e	857	1	goal
639	1	bleeding	712	1	condition	785	1	ear	858	1	grayson
640	1	blind	713	1	confidential	786	1	eaten	859	1	guarding
641	1	blink	714	1	conscious	787	1	edesma	860	1	guess
642	1	block	715	1	consciousness	788	1	either	861	1	guessing

862	1	haematoma	935	1	late	1008	1	nauseated	1081	1	present
863	1	haemorrhage	936	1	lately	1009	1	navel	1082	1	preserving
864	1	hammer	937	1	later	1010	1	neuro	1083	1	pretty
865	1	handle	938	1	lead	1011	1	news	1084	1	prick
866	1	happy	939	1	legible	1012	1	nicholas	1085	1	private
867	1	hard	940	1	lesion	1013	1	nickleby	1086	1	probably
868	1	harry	941	1	less	1014	1	night	1087	1	producing
869	1	heartbeat	942	1	letters	1015	1	nipple	1088	1	productive
870	1	heartburn	943	1	leucocyte	1016	1	non	1089	1	progress
871	1	hereditary	944	1	lie	1017	1	nope	1090	1	proprietor
872	1	hero	945	1	light	1018	1	nostril	1091	1	protest
873	1	highly	946	1	likelihood	1019	1	numbness	1092	1	psychiatric
874	1	hip	947	1	linked	1020	1	nævi	1093	1	psychotic
875	1	hirschsprung	948	1	list	1021	1	nævus	1094	1	pudding
876	1	hoarseness	949	1	listening	1022	1	obsessive	1095	1	punching
877	1	hold	950	1	lobe	1023	1	obviously	1096	1	purse
878	1	homework	951	1	loc	1024	1	occupation	1097	1	putting
879	1	hope	952	1	loin	1025	1	october	1098	1	quarters
880	1	hot	953	1	losing	1026	1	oedema	1099	1	quicker
881	1	however	954	1	loud	1027	1	oesophagus	1100	1	rabies
882	1	humpty	955	1	loudly	1028	1	often	1101	1	rachel
883	1	hundred	956	1	lover	1029	1	ointment	1102	1	radiating
884	1	hurry	957	1	loving	1030	1	onset	1103	1	radiation
885	1	husband	958	1	low	1031	1	opening	1104	1	rage
886	1	hypoglycaemia	959	1	lumbar	1032	1	order	1105	1	raising
887	1	idiot	960	1	major	1033	1	organomegaly	1106	1	ranch
888	1	immediately	961	1	making	1034	1	original	1107	1	rather
889	1	immunosuppressant	962	1	male	1035	1	otc	1108	1	rbc
890	1	impairment	963	1	mall	1036	1	other	1109	1	reach
891	1	important	964	1	manifest	1037	1	ow	1110	1	read
892	1	impossible	965	1	many	1038	1	palian	1111	1	record
893	1	impressive	966	1	marion	1039	1	palpitation	1112	1	recreation
894	1	include	967	1	mart	1040	1	pancake	1113	1	redacted
895	1	incorrect	968	1	massachusetts	1041	1	panic	1114	1	redhead
896	1	increase	969	1	matter	1042	1	paralysis	1115	1	reduce
897	1	indicate	970	1	mcv	1043	1	parity	1116	1	reflux
898	1	inexplicably	971	1	meaning	1044	1	parks	1117	1	region
899	1	information	972	1	meantime	1045	1	partially	1118	1	registration
900	1	ingestion	973	1	meat	1046	1	pay	1119	1	relationship
901	1	inhaler	974	1	mechanism	1047	1	pbs	1120	1	repair
902	1	inherited	975	1	member	1048	1	peach	1121	1	requisition
903	1	injection	976	1	men	1049	1	pediatrician	1122	1	research
904	1	injury	977	1	menstruation	1050	1	penicillin	1123	1	resort
905	1	insatiable	978	1	message	1051	1	perfect	1124	1	response
906	1	insipidus	979	1	met	1052	1	pertussis	1125	1	rest
907	1	intact	980	1	middle	1053	1	pet	1126	1	retired
908	1	intense	981	1	mildly	1054	1	phlegm	1127	1	retrograde
909	1	internet	982	1	milky	1055	1	phone	1128	1	ridiculous
910	1	intestine	983	1	mini	1056	1	photo	1129	1	ring
911	1	intubate	984	1	minutes	1057	1	photophobia	1130	1	risk
912	1	iphone	985	1	mission	1058	1	physics	1131	1	road
913	1	irony	986	1	mistake	1059	1	pie	1132	1	roll
914	1	irritable	987	1	mixed	1060	1	piece	1133	1	roommate
915	1	isolation	988	1	mm	1061	1	pierce	1134	1	rossel
916	1	issue	989	1	mmm	1062	1	pilates	1135	1	rosstepher
917	1	iteration	990	1	mmse	1063	1	place	1136	1	round
918	1	jason	991	1	mnemonic	1064	1	placebo	1137	1	rubella
919	1	jump	992	1	moan	1065	1	plaster	1138	1	rude
920	1	kidding	993	1	modern	1066	1	platelet	1139	1	running
921	1	kill	994	1	mojitos	1067	1	please	1140	1	runny
922	1	kin	995	1	month	1068	1	plenty	1141	1	ruptured
923	1	kinda	996	1	mood	1069	1	plus	1142	1	salt
924	1	kinky	997	1	motion	1070	1	pneumothorax	1143	1	saturday
925	1	knee	998	1	movement	1071	1	policy	1144	1	save
926	1	knocking	999	1	mug	1072	1	pop	1145	1	saying
927	1	knowing	1000	1	multiply	1073	1	position	1146	1	scenario
928	1	label	1001	1	myer	1074	1	positive	1147	1	search
929	1	lacerate	1002	1	nagging	1075	1	power	1148	1	season
930	1	lacerated	1003	1	nail	1076	1	practice	1149	1	secret
931	1	lack	1004	1	name	1077	1	practise	1150	1	section
932	1	lacking	1005	1	naomi	1078	1	predicted	1151	1	security
933	1	laparoscopy	1006	1	nasal	1079	1	pregnant	1152	1	sed
934	1	large	1007	1	natural	1080	1	prescription	1153	1	seem

1154	1	seizure	1205	1	specifically	1256	1	tattoo	1307	1	unaided
1155	1	sell	1206	1	speech	1257	1	teach	1308	1	uncle
1156	1	send	1207	1	speechless	1258	1	teenager	1309	1	unconscious
1157	1	sensible	1208	1	spell	1259	1	tember	1310	1	unit
1158	1	sensitivity	1209	1	sphygmomanomete	1260	1	temporary	1311	1	unless
1159	1	sentence	1210	1	spleen	1261	1	ten	1312	1	unlikely
1160	1	serious	1211	1	spoke	1262	1	tend	1313	1	unpack
1161	1	seven	1212	1	spot	1263	1	tendon	1314	1	unsteady
1162	1	sevens	1213	1	spray	1264	1	term	1315	1	unusual
1163	1	seventh	1214	1	springtime	1265	1	terrible	1316	1	urinate
1164	1	severe	1215	1	sprout	1266	1	testing	1317	1	used
1165	1	severed	1216	1	square	1267	1	texted	1318	1	useless
1166	1	sexual	1217	1	stabbing	1268	1	thanks	1319	1	vaccination
1167	1	sexually	1218	1	stand	1269	1	theoretical	1320	1	varicella
1168	1	shelve	1219	1	state	1270	1	thigh	1321	1	vartabedian
1169	1	shifted	1220	1	steak	1271	1	thirty	1322	1	vary
1170	1	shin	1221	1	stethoscope	1272	1	thousand	1323	1	vestigial
1171	1	shop	1222	1	sti	1273	1	throbbing	1324	1	vibration
1172	1	shortness	1223	1	sticking	1274	1	thrombocytes	1325	1	vigilant
1173	1	shorts	1224	1	still	1275	1	thrombus	1326	1	virus
1174	1	shot	1225	1	stinging	1276	1	throwing	1327	1	volume
1175	1	show	1226	1	straight	1277	1	tibia	1328	1	vomiting
1176	1	shrug	1227	1	straightening	1278	1	ticklish	1329	1	waist
1177	1	shrugging	1228	1	strange	1279	1	tickly	1330	1	wanting
1178	1	sibling	1229	1	strauss	1280	1	tightness	1331	1	ward
1179	1	since	1230	1	street	1281	1	tingling	1332	1	watch
1180	1	sinuse	1231	1	strength	1282	1	tiny	1333	1	wbc
1181	1	sir	1232	1	stuck	1283	1	toe	1334	1	website
1182	1	sisters	1233	1	stuff	1284	1	toes	1335	1	wee
1183	1	sit	1234	1	stupid	1285	1	tourette	1336	1	weight
1184	1	six	1235	1	sub	1286	1	towards	1337	1	welcome
1185	1	sleepwalking	1236	1	submandibular	1287	1	town	1338	1	weren
1186	1	sleepy	1237	1	subtract	1288	1	trachea	1339	1	whatever
1187	1	slide	1238	1	suicide	1289	1	track	1340	1	whisky
1188	1	slip	1239	1	summer	1290	1	tracking	1341	1	whooping
1189	1	slowly	1240	1	sunday	1291	1	trade	1342	1	widowed
1190	1	slur	1241	1	supply	1292	1	transmitted	1343	1	wife
1191	1	smell	1242	1	supposed	1293	1	travis	1344	1	willed
1192	1	smoke	1243	1	suppository	1294	1	tree	1345	1	wit
1193	1	sneaking	1244	1	surface	1295	1	tremor	1346	1	woman
1194	1	sob	1245	1	swallow	1296	1	trick	1347	1	won
1195	1	soft	1246	1	swim	1297	1	trip	1348	1	wood
1196	1	sold	1247	1	syndrome	1298	1	trouble	1349	1	wool
1197	1	sole	1248	1	syrup	1299	1	truck	1350	1	working
1198	1	somebody	1249	1	systemic	1300	1	true	1351	1	worried
1199	1	someone	1250	1	tablet	1301	1	trusting	1352	1	worse
1200	1	song	1251	1	tachycardia	1302	1	tucker	1353	1	wound
1201	1	sort	1252	1	talking	1303	1	tuning	1354	1	yesterday
1202	1	soup	1253	1	tapping	1304	1	turn	1355	1	yoga
1203	1	sour	1254	1	tarry	1305	1	typically	1356	1	zygomatic
1204	1	space	1255	1	tart	1306	1	um	1357	1	echo

ANNEXE 19

Wordlists des productions orales des trois programmes (WL Prod Orale)

WL Prod Orale P1

#Lemma Types: 1151
#Lemma Tokens: 8632
#Search Hits: 0

1	1378	d
2	661	ok
3	159	going
4	156	m
5	130	take
6	89	blood
7	84	like
8	72	know
9	68	feel
10	66	question
11	64	check
12	60	anything
13	59	yes
14	58	day
15	58	pain
16	58	please
17	57	one
18	56	first
19	55	need
20	54	disease
21	53	ask
22	51	problem
23	50	re
24	48	would
25	45	symptom
26	45	treatment
27	44	tell
28	43	normal
29	42	nothing
30	42	think
31	41	exam
32	41	pressure
33	39	per
34	37	temperature
35	37	today
36	35	good
37	35	respiratory
38	35	well
39	34	see
40	33	ever
41	33	family
42	32	pulse
43	32	rate
44	31	something
45	31	test
46	31	want
47	30	little
48	30	thank
49	30	time
50	29	date
51	29	name
52	28	bite
53	28	vital
54	27	abnormal
55	27	hello
56	27	high
57	27	sign
58	26	also
59	26	bring
60	25	born
61	25	chest
62	25	history
63	25	make
64	25	start
65	24	prescribe
66	24	since
67	24	weight
68	23	birth
69	23	every
70	23	forget
71	23	specific
72	22	else
73	22	give
74	22	many
75	21	abdomen
76	21	fever
77	21	let
78	21	notice
79	20	allergy
80	20	could
81	20	heart
82	20	loss
83	20	minute
84	20	often
85	19	go
86	19	happen
87	19	sure
88	18	drink
89	18	eat
90	18	got
91	18	medication
92	18	month
93	18	old
94	17	cough
95	17	diet
96	17	everything
97	17	smoke
98	16	complementary
99	16	diabetes
100	16	fatigue
101	16	hundred
102	16	ll
103	16	right
104	16	sorry
105	15	cigarette
106	15	feeling
107	15	fine
108	15	food
109	15	lung
110	15	tap
111	15	ve
112	15	walk
113	14	along
114	14	alright
115	14	beat
116	14	breath
117	14	come
118	14	hear
119	14	important
120	14	nerve
121	14	part
122	14	particular
123	14	really
124	14	suffer
125	13	another
126	13	eighty
127	13	full
128	13	lot
129	13	oh
130	13	result
131	13	tingling
132	13	type
133	12	asthma
134	12	better
135	12	cancer
136	12	difficulty
137	12	health
138	12	help
139	12	last
140	12	maybe
141	12	morning
142	12	sometimes
143	12	sound
144	12	surgery
145	11	bad
146	11	glycaemia
147	11	great
148	11	inspect
149	11	job
150	11	kind
151	11	mean
152	11	numbness
153	11	palpate
154	11	perfect
155	11	say
156	11	urine
157	11	year
158	10	age
159	10	alcohol
160	10	cause
161	10	cell
162	10	change
163	10	chill
164	10	clinical
165	10	deal
166	10	drug
167	10	eye
168	10	general
169	10	information
170	10	long
171	10	mind
172	10	move
173	10	physical
174	10	repeat
175	10	tablet
176	10	tire
177	9	activity
178	9	ago
179	9	appetite
180	9	arm
181	9	assess
182	9	attack
183	9	body
184	9	bowel
185	9	examine
186	9	example
187	9	head
188	9	identity
189	9	inspection
190	9	listen
191	9	married
192	9	mg
193	9	people
194	9	pulmonary
195	9	quite
196	9	regarding
197	9	remember
198	9	said
199	9	scan
200	9	sugar
201	9	twenty
202	9	vision
203	8	american
204	8	control
205	8	diagnosis
206	8	diarrhea
207	8	hospital
208	8	hours
209	8	hurt
210	8	infection
211	8	inflammation
212	8	live
213	8	lost
214	8	medical
215	8	mother
216	8	order
217	8	past
218	8	percussion
219	8	perform
220	8	pill
221	8	put
222	8	reduce
223	8	relieve
224	8	seem
225	8	sleep
226	8	sport
227	8	stop
228	8	system
229	8	thirty
230	8	times
231	8	weakness
232	7	count
233	7	cranial
234	7	difficult
235	7	find
236	7	headache
237	7	home

238	7	low	311	5	dark	384	4	female	457	3	color
239	7	moment	312	5	depression	385	4	found	458	3	colour
240	7	much	313	5	done	386	4	gain	459	3	complaint
241	7	nausea	314	5	embolism	387	4	habit	460	3	condition
242	7	neurological	315	5	explain	388	4	hard	461	3	cope
243	7	never	316	5	feces	389	4	hour	462	3	couch
244	7	patient	317	5	finally	390	4	injection	463	3	coughing
245	7	present	318	5	finish	391	4	inside	464	3	country
246	7	rash	319	5	follow	392	4	insulin	465	3	course
247	7	remove	320	5	heartburn	393	4	intestine	466	3	crisis
248	7	seventy	321	5	heel	394	4	italian	467	3	ct
249	7	social	322	5	intrusive	395	4	jut	468	3	december
250	7	stomach	323	5	kin	396	4	learn	469	3	describe
251	7	stroke	324	5	less	397	4	left	470	3	detect
252	7	tenderness	325	5	look	398	4	life	471	3	distension
253	7	things	326	5	lose	399	4	limb	472	3	drinking
254	7	told	327	5	means	400	4	major	473	3	duty
255	7	treat	328	5	minutes	401	4	nauseous	474	3	early
256	7	understand	329	5	mouth	402	4	painful	475	3	ecg
257	7	use	330	5	mr	403	4	pee	476	3	end
258	7	vomiting	331	5	next	404	4	place	477	3	especially
259	7	weak	332	5	normally	405	4	pneumonia	478	3	exactly
260	7	wine	333	5	object	406	4	prevent	479	3	examinate
261	6	back	334	5	palpation	407	4	rest	480	3	exercise
262	6	close	335	5	pass	408	4	running	481	3	face
263	6	didn	336	5	patch	409	4	sex	482	3	fainted
264	6	doctor	337	5	position	410	4	sexual	483	3	felt
265	6	equipment	338	5	practice	411	4	sexually	484	3	final
266	6	father	339	5	reaction	412	4	single	485	3	finger
267	6	fbc	340	5	regular	413	4	skin	486	3	four
268	6	get	341	5	roll	414	4	sleeve	487	3	frequency
269	6	gonna	342	5	run	415	4	smell	488	3	gastrointestinal
270	6	may	343	5	severe	416	4	speaking	489	3	generally
271	6	movement	344	5	shirt	417	4	spot	490	3	glass
272	6	mrs	345	5	shoulder	418	4	spray	491	3	gluten
273	6	nicopatch	346	5	stay	419	4	state	492	3	group
274	6	ninety	347	5	still	420	4	statins	493	3	haven
275	6	pretty	348	5	substance	421	4	status	494	3	headaches
276	6	r	349	5	sweat	422	4	swelling	495	3	hope
277	6	ray	350	5	tachycardia	423	4	syrup	496	3	hormone
278	6	recently	351	5	talk	424	4	teacher	497	3	hospitalized
279	6	sample	352	5	touch	425	4	th	498	3	husband
280	6	sensation	353	5	tumor	426	4	tiptoe	499	3	improve
281	6	serious	354	5	vessel	427	4	toxic	500	3	insect
282	6	show	355	5	week	428	4	trauma	501	3	ischemic
283	6	side	356	5	won	429	4	treated	502	3	keep
284	6	smoker	357	5	yeah	430	4	trigger	503	3	lead
285	6	smoking	358	4	affect	431	4	undergo	504	3	leg
286	6	special	359	4	auscult	432	4	vertigo	505	3	levothyrox
287	6	transmitted	360	4	belly	433	4	way	506	3	lie
288	6	tummy	361	4	biopsy	434	4	weeks	507	3	lifestyle
289	6	ventolin	362	4	bpm	435	4	work	508	3	linked
290	6	wear	363	4	brain	436	4	yesterday	509	3	malaise
291	6	whole	364	4	case	437	3	according	510	3	marital
292	6	worry	365	4	cheek	438	3	advise	511	3	mass
293	6	worse	366	4	child	439	3	already	512	3	might
294	6	x	367	4	childhood	440	3	always	513	3	nationality
295	5	able	368	4	colonectomy	441	3	amount	514	3	nsaids
296	5	actually	369	4	colonoscopy	442	3	antibiotic	515	3	numb
297	5	address	370	4	consciousness	443	3	appendicitis	516	3	occupation
298	5	anyone	371	4	contraception	444	3	around	517	3	organ
299	5	arms	372	4	cure	445	3	bare	518	3	partum
300	5	artery	373	4	detail	446	3	big	519	3	pen
301	5	auscultation	374	4	doesn	447	3	bleeding	520	3	period
302	5	baby	375	4	drowsiness	448	3	blind	521	3	pin
303	5	called	376	4	dullness	449	3	blurred	522	3	pollen
304	5	cardiovascular	377	4	even	450	3	bowels	523	3	post
305	5	children	378	4	examination	451	3	brothers	524	3	prednisone
306	5	colon	379	4	exposed	452	3	call	525	3	pregnant
307	5	concerning	380	4	eyebrow	453	3	carotid	526	3	prick
308	5	corticosteroid	381	4	fact	454	3	chart	527	3	protective
309	5	crohn	382	4	factor	455	3	chronic	528	3	puff
310	5	current	383	4	fast	456	3	clot	529	3	quit

530	3	radiate	603	2	constant	676	2	pack	749	1	act
531	3	raising	604	2	constipated	677	2	painless	750	1	add
532	3	receive	605	2	consultation	678	2	pale	751	1	addiction
533	3	record	606	2	continue	679	2	pallor	752	1	advice
534	3	request	607	2	correctly	680	2	palp	753	1	aggressive
535	3	scare	608	2	crackle	681	2	permit	754	1	ahead
536	3	seizure	609	2	curable	682	2	piece	755	1	alimentation
537	3	seller	610	2	delivery	683	2	platelet	756	1	alive
538	3	sense	611	2	department	684	2	power	757	1	allergic
539	3	sensitivity	612	2	depress	685	2	prednisolone	758	1	allow
540	3	short	613	2	desk	686	2	pregnancy	759	1	almost
541	3	shrug	614	2	diabetic	687	2	probably	760	1	among
542	3	sisters	615	2	different	688	2	product	761	1	anaesthesist
543	3	sleeping	616	2	disappear	689	2	professional	762	1	anamnese
544	3	someone	617	2	district	690	2	reason	763	1	angry
545	3	son	618	2	dizzy	691	2	recall	764	1	anorexia
546	3	sort	619	2	donor	692	2	received	765	1	answered
547	3	stabbing	620	2	draw	693	2	recover	766	1	anticoagulant
548	3	stand	621	2	drowsy	694	2	relieving	767	1	anxiety
549	3	stomachache	622	2	dry	695	2	remarkable	768	1	anywhere
550	3	suffering	623	2	dtp	696	2	rome	769	1	appendectomy
551	3	swallowing	624	2	due	697	2	safe	770	1	asking
552	3	ten	625	2	easy	698	2	sclerosis	771	1	asleep
553	3	tender	626	2	entire	699	2	season	772	1	aspect
554	3	thyroid	627	2	episode	700	2	section	773	1	assume
555	3	tight	628	2	everyday	701	2	security	774	1	attention
556	3	toilet	629	2	everywhere	702	2	send	775	1	available
557	3	tongue	630	2	exacerbate	703	2	seven	776	1	awkward
558	3	tooth	631	2	experienced	704	2	shortness	777	1	background
559	3	transient	632	2	facial	705	2	sick	778	1	balanced
560	3	treatable	633	2	faint	706	2	simple	779	1	basketball
561	3	tremor	634	2	fall	707	2	slowly	780	1	bathroom
562	3	try	635	2	feet	708	2	sometime	781	1	beating
563	3	varicella	636	2	fifty	709	2	spell	782	1	become
564	3	various	637	2	fill	710	2	sports	783	1	begin
565	3	white	638	2	fork	711	2	stethoscope	784	1	beginning
566	3	without	639	2	frequently	712	2	stick	785	1	behind
567	2	abdominal	640	2	gait	713	2	stocking	786	1	believe
568	2	acute	641	2	german	714	2	straight	787	1	besides
569	2	afternoon	642	2	guarding	715	2	strong	788	1	best
570	2	agree	643	2	happening	716	2	subtract	789	1	bet
571	2	ah	644	2	heparin	717	2	succeed	790	1	black
572	2	albumin	645	2	hopefully	718	2	suppress	791	1	bother
573	2	alzheimer	646	2	ifs	719	2	surgeon	792	1	bottom
574	2	and	647	2	ill	720	2	swinging	793	1	breast
575	2	anger	648	2	illness	721	2	table	794	1	breathless
576	2	answer	649	2	image	722	2	taking	795	1	bus
577	2	anxious	650	2	increase	723	2	thanks	796	1	buzzing
578	2	anymore	651	2	inflamated	724	2	thought	797	1	ca
579	2	apart	652	2	iv	725	2	threat	798	1	cancerous
580	2	appear	653	2	jaw	726	2	toe	799	1	carefully
581	2	aspirin	654	2	kross	727	2	together	800	1	cat
582	2	bed	655	2	lab	728	2	totally	801	1	causing
583	2	bleed	656	2	lactose	729	2	town	802	1	central
584	2	boston	657	2	lately	730	2	tumour	803	1	chair
585	2	breathe	658	2	lay	731	2	tuning	804	1	chance
586	2	but	659	2	light	732	2	turn	805	1	checking
587	2	c	660	2	lining	733	2	two	806	1	chemotherapy
588	2	calculation	661	2	lower	734	2	unremarkable	807	1	choice
589	2	calm	662	2	made	735	2	urinary	808	1	cholesterol
590	2	camera	663	2	meal	736	2	urinate	809	1	circulation
591	2	careful	664	2	menstruation	737	2	used	810	1	clothe
592	2	carry	665	2	miscarriage	738	2	vaccine	811	1	cognitive
593	2	checked	666	2	mom	739	2	vomit	812	1	cold
594	2	chickenpox	667	2	mood	740	2	walking	813	1	colonoscope
595	2	chronical	668	2	mri	741	2	wanted	814	1	comfortable
596	2	clench	669	2	multiple	742	2	weird	815	1	coming
597	2	coagulation	670	2	mump	743	2	write	816	1	complain
598	2	complete	671	2	muscle	744	2	wrong	817	1	complicate
599	2	complication	672	2	needed	745	2	young	818	1	condom
600	2	composition	673	2	nervous	746	1	abnormality	819	1	considerate
601	2	compression	674	2	occur	747	1	abnormally	820	1	considering
602	2	confirm	675	2	operation	748	1	abortion	821	1	constipation

822	1	containing	895	1	genital	968	1	news	1041	1	rubella
823	1	continuous	896	1	genitourinary	969	1	night	1042	1	runs
824	1	correct	897	1	germany	970	1	nineteen	1043	1	safest
825	1	corticoids	898	1	given	971	1	nowadays	1044	1	safety
826	1	create	899	1	god	972	1	nutrient	1045	1	salt
827	1	cut	900	1	grass	973	1	obstruct	1046	1	saw
828	1	cva	901	1	guess	974	1	obstructed	1047	1	scanner
829	1	daily	902	1	hair	975	1	odor	1048	1	scarlet
830	1	dangerous	903	1	hands	976	1	odour	1049	1	school
831	1	daughter	904	1	heal	977	1	open	1050	1	scratchy
832	1	death	905	1	healthy	978	1	operate	1051	1	second
833	1	developed	906	1	heat	979	1	orally	1052	1	sector
834	1	device	907	1	herpes	980	1	outside	1053	1	seeing
835	1	diagnose	908	1	heterosexual	981	1	overall	1054	1	sep
836	1	diagnosed	909	1	higher	982	1	oxygen	1055	1	september
837	1	dietician	910	1	honey	983	1	parity	1056	1	sexuality
838	1	difference	911	1	hungry	984	1	partner	1057	1	shopping
839	1	diphtheria	912	1	hurtable	985	1	passage	1058	1	shouldn
840	1	directly	913	1	hypothyroidism	986	1	passed	1059	1	showing
841	1	distend	914	1	immunization	987	1	pathology	1060	1	simply
842	1	distended	915	1	impairment	988	1	peanut	1061	1	sing
843	1	distention	916	1	incoordination	989	1	peeing	1062	1	sit
844	1	dizziness	917	1	increased	990	1	penicillin	1063	1	slow
845	1	dress	918	1	inflammated	991	1	person	1064	1	smoked
846	1	drive	919	1	inject	992	1	pertussis	1065	1	solution
847	1	dying	920	1	intercourse	993	1	phlegm	1066	1	somewhere
848	1	easily	921	1	intestinal	994	1	photophobia	1067	1	soon
849	1	eating	922	1	introduce	995	1	picture	1068	1	spanish
850	1	element	923	1	invasive	996	1	pieces	1069	1	speak
851	1	employed	924	1	involve	997	1	plan	1070	1	specialist
852	1	employment	925	1	iodine	998	1	plaster	1071	1	specifically
853	1	empty	926	1	irregularity	999	1	play	1072	1	spicy
854	1	energy	927	1	isn	1000	1	poop	1073	1	sputum
855	1	environmental	928	1	kidney	1001	1	possible	1074	1	stability
856	1	erythrocyte	929	1	kids	1002	1	practise	1075	1	stable
857	1	etc	930	1	kilometre	1003	1	practitioner	1076	1	sticking
858	1	evening	931	1	knowing	1004	1	precise	1077	1	stinging
859	1	event	932	1	kris	1005	1	prescription	1078	1	stool
860	1	events	933	1	large	1006	1	presence	1079	1	stopped
861	1	everyone	934	1	later	1007	1	procedure	1080	1	stopping
862	1	evolution	935	1	leucocyte	1008	1	processing	1081	1	story
863	1	examinating	936	1	level	1009	1	productive	1082	1	strain
864	1	excru	937	1	lip	1010	1	progress	1083	1	strange
865	1	excruciating	938	1	lipids	1011	1	protection	1084	1	stuff
866	1	excuse	939	1	liquid	1012	1	psychologist	1085	1	substract
867	1	exposure	940	1	listening	1013	1	purse	1086	1	successful
868	1	expression	941	1	located	1014	1	push	1087	1	sudden
869	1	extreme	942	1	loose	1015	1	radiation	1088	1	sugary
870	1	fainting	943	1	losing	1016	1	raise	1089	1	sum
871	1	fantastic	944	1	machine	1017	1	rd	1090	1	supply
872	1	far	945	1	mahr	1018	1	reach	1091	1	support
873	1	fasting	946	1	male	1019	1	refer	1092	1	suppose
874	1	fatty	947	1	man	1020	1	registration	1093	1	susceptible
875	1	feed	948	1	manage	1021	1	regularly	1094	1	suspect
876	1	feminine	949	1	managing	1022	1	regulate	1095	1	swallow
877	1	fibroscopy	950	1	maths	1023	1	relax	1096	1	sweating
878	1	firstly	951	1	measles	1024	1	relevant	1097	1	sweaty
879	1	flat	952	1	measure	1025	1	remind	1098	1	swing
880	1	flexible	953	1	medicine	1026	1	removed	1099	1	tablespoon
881	1	flow	954	1	members	1027	1	report	1100	1	tablespoonful
882	1	flowing	955	1	memory	1028	1	reproduce	1101	1	talking
883	1	following	956	1	mental	1029	1	requested	1102	1	telling
884	1	french	957	1	mercury	1030	1	requesting	1103	1	testing
885	1	friend	958	1	millimetres	1031	1	require	1104	1	tetanosis
886	1	frighten	959	1	miss	1032	1	respiration	1105	1	therapy
887	1	frightening	960	1	mmr	1033	1	reveal	1106	1	thinner
888	1	fruit	961	1	motor	1034	1	review	1107	1	third
889	1	function	962	1	moving	1035	1	rhesus	1108	1	thirteen
890	1	future	963	1	must	1036	1	rhythm	1109	1	three
891	1	gastro	964	1	myalgia	1037	1	risk	1110	1	throat
892	1	gave	965	1	nagging	1038	1	room	1111	1	thrombocyte
893	1	genetic	966	1	nationaly	1039	1	rough	1112	1	tightness
894	1	genetics	967	1	neck	1040	1	routine	1113	1	ting

1114	1	tobacco	1124	1	uncomfortable	1134	1	vibration	1144	1	winter
1115	1	toes	1125	1	understanding	1135	1	video	1145	1	woman
1116	1	tow	1126	1	upper	1136	1	wall	1146	1	word
1117	1	tract	1127	1	urgency	1137	1	warm	1147	1	working
1118	1	transit	1128	1	urgent	1138	1	watch	1148	1	worses
1119	1	tried	1129	1	urination	1139	1	watching	1149	1	worst
1120	1	trousers	1130	1	useless	1140	1	water	1150	1	wrist
1121	1	twice	1131	1	vaccination	1141	1	weaken	1151	1	writing
1122	1	u	1132	1	vegetable	1142	1	whisky			
1123	1	unborn	1133	1	vibrating	1143	1	whooping			

WL Prod Orale P2

#Lemma Types: 1127
#Lemma Tokens: 8667
#Search Hits: 0

1	1331	d
2	617	ok
3	129	m
4	101	take
5	96	going
6	91	blood
7	87	know
8	81	pain
9	73	disease
10	70	please
11	68	one
12	62	anything
13	61	like
14	60	feel
15	59	re
16	57	think
17	56	yes
18	55	treatment
19	54	day
20	49	need
21	48	exam
22	47	check
23	47	problem
24	46	question
25	45	per
26	43	tell
27	42	pressure
28	42	temperature
29	40	nothing
30	38	see
31	37	family
32	36	born
33	36	gonna
34	36	rate
35	36	respiratory
36	35	alright
37	34	good
38	34	normal
39	33	pulse
40	33	symptom
41	32	maybe
42	32	minute
43	32	thank
44	31	sign
45	31	something
46	31	vital
47	29	since
48	29	well
49	28	name
50	28	sorry
51	27	ask
52	27	hello
53	26	asthma
54	26	fever
55	26	want
56	25	every
57	24	bring
58	24	everything
59	23	month
60	22	date
61	22	little
62	21	cancer
63	21	first
64	21	smoke
65	21	weight
66	20	beat
67	20	history
68	20	many
69	20	old
70	20	worry
71	19	abdomen
72	19	diet
73	19	eat
74	19	ever
75	19	hear
76	19	say
77	18	else
78	18	give
79	18	got
80	18	perfect
81	18	really
82	18	time
83	17	complementary
84	17	could
85	17	fine
86	17	let
87	17	make
88	17	result
89	17	right
90	17	test
91	17	today
92	16	breath
93	16	cause
94	16	cough
95	16	go
96	16	inspection
97	16	palpation
98	16	percussion
99	16	prescribe
100	15	auscultation
101	15	drink
102	15	found
103	14	allergy
104	14	better
105	14	cardiovascular
106	14	diarrhea
107	14	help
108	14	loss
109	14	miss
110	14	specific
111	14	sport
112	14	start
113	14	sure
114	14	times
115	14	type
116	13	age
117	13	die
118	13	father
119	13	heart
120	13	lot
121	13	married
122	13	medication
123	13	often
124	13	remember
125	13	sound
126	13	stop
127	13	thirty
128	12	also
129	12	clinical
130	12	diabetes
131	12	eighty
132	12	gastrointestinal
133	12	high
134	12	job
135	12	lost
136	12	lung
137	12	object
138	12	recently
139	12	suffer
140	12	things
141	12	treat
142	11	drug
143	11	happen
144	11	long
145	11	moment
146	11	numbness
147	11	patch
148	11	pulmonary
149	11	relieve
150	11	system
151	10	alcohol
152	10	appetite
153	10	bad
154	10	birth
155	10	bite
156	10	cigarette
157	10	difficulty
158	10	health
159	10	ll
160	10	lose
161	10	mean
162	10	repeat
163	10	sample
164	10	sick
165	10	sleep
166	10	talk
167	10	tenderness
168	10	tire
169	10	ve
170	9	activity
171	9	begin
172	9	chest
173	9	come
174	9	heartburn
175	9	kind
176	9	last
177	9	mg
178	9	mother
179	9	nauseous
180	9	notice
181	9	quite
182	9	seventy
183	9	still
184	9	surgery
185	9	understand
186	9	walk
187	9	weak
188	9	work
189	8	attack
190	8	colon
191	8	count
192	8	doctor
193	8	explain
194	8	eye
195	8	full
196	8	hundred
197	8	lifestyle
198	8	listen
199	8	means
200	8	much
201	8	must
202	8	nausea
203	8	order
204	8	physical
205	8	said
206	8	scan
207	8	tablet
208	8	tap
209	8	tract
210	8	urine
211	8	weakness
212	8	yeah
213	7	abnormal
214	7	ago
215	7	arm
216	7	brain
217	7	change
218	7	child
219	7	chill
220	7	cure
221	7	diagnosis
222	7	didn
223	7	done
224	7	factor
225	7	fatigue
226	7	general
227	7	gluten
228	7	hospital
229	7	inspect
230	7	insulin
231	7	look
232	7	may
233	7	numb
234	7	parent
235	7	pill
236	7	practice
237	7	runs
238	7	tachycardia
239	7	three
240	7	twenty
241	7	vomit
242	7	wear
243	7	weeks
244	7	year
245	6	alive
246	6	another
247	6	artery
248	6	back
249	6	body
250	6	cell
251	6	children
252	6	colonoscopy
253	6	eating
254	6	exacerbate
255	6	finally
256	6	find
257	6	forget
258	6	gain
259	6	glycaemia
260	6	hurt
261	6	life
262	6	live
263	6	medical
264	6	memory
265	6	oh
266	6	palpate
267	6	past
268	6	pee
269	6	pregnancy
270	6	psychiatric
271	6	put
272	6	ray
273	6	regarding

274	6	skin	347	4	dangerous	420	3	aspirin	493	3	sensation
275	6	smoking	348	4	depress	421	3	belly	494	3	severe
276	6	social	349	4	depression	422	3	big	495	3	sexual
277	6	sometimes	350	4	detected	423	3	breathe	496	3	sexually
278	6	special	351	4	diagnose	424	3	brother	497	3	sharp
279	6	stay	352	4	dullness	425	3	but	498	3	shortness
280	6	stomach	353	4	ecg	426	3	call	499	3	show
281	6	thanks	354	4	etc	427	3	called	500	3	shrug
282	6	tingling	355	4	feces	428	3	case	501	3	sister
283	6	told	356	4	finish	429	3	cheek	502	3	sleeping
284	6	vomiting	357	4	follow	430	3	chemotherapy	503	3	smile
285	6	would	358	4	frequency	431	3	clot	504	3	spray
286	6	x	359	4	get	432	3	color	505	3	stabbing
287	5	address	360	4	glass	433	3	concerning	506	3	status
288	5	always	361	4	guess	434	3	constant	507	3	stick
289	5	anticoagulant	362	4	hours	435	3	coughing	508	3	strange
290	5	biopsy	363	4	injection	436	3	country	509	3	stuff
291	5	bowel	364	4	kilo	437	3	course	510	3	substract
292	5	close	365	4	lie	438	3	crackle	511	3	surgical
293	5	continue	366	4	low	439	3	crohn	512	3	swing
294	5	corticosteroid	367	4	mass	440	3	difficult	513	3	tender
295	5	ct	368	4	mood	441	3	district	514	3	tobacco
296	5	dark	369	4	mouth	442	3	doesn	515	3	toe
297	5	depend	370	4	move	443	3	drowsiness	516	3	touch
298	5	describe	371	4	movement	444	3	dry	517	3	tremor
299	5	device	372	4	mri	445	3	embolism	518	3	trigger
300	5	drowsy	373	4	mrs	446	3	equipment	519	3	unremarkable
301	5	examine	374	4	myalgia	447	3	exactly	520	3	usual
302	5	example	375	4	nationality	448	3	exercise	521	3	vaccine
303	5	exposed	376	4	neurologic	449	3	fasting	522	3	varicella
304	5	fast	377	4	never	450	3	fifty	523	3	water
305	5	feverish	378	4	nicopatch	451	3	flight	524	3	weigh
306	5	food	379	4	ninety	452	3	french	525	3	without
307	5	four	380	4	normally	453	3	guarding	526	3	won
308	5	great	381	4	operate	454	3	head	527	3	worse
309	5	heel	382	4	part	455	3	headache	528	2	able
310	5	home	383	4	particular	456	3	healthy	529	2	acid
311	5	hospitalized	384	4	prednisone	457	3	heparin	530	2	advise
312	5	important	385	4	procedure	458	3	hypothyroidism	531	2	affect
313	5	information	386	4	rash	459	3	idea	532	2	agree
314	5	lactose	387	4	reduce	460	3	ifs	533	2	albumin
315	5	morning	388	4	regular	461	3	increased	534	2	allergic
316	5	muscle	389	4	rest	462	3	infection	535	2	anorexia
317	5	neurological	390	4	roll	463	3	inject	536	2	anymore
318	5	pale	391	4	serious	464	3	keep	537	2	ay
319	5	pen	392	4	sex	465	3	left	538	2	bacterium
320	5	period	393	4	sibling	466	3	leg	539	2	bed
321	5	pneumonia	394	4	side	467	3	less	540	2	beginning
322	5	pretty	395	4	sleeve	468	3	levothyrox	541	2	bleed
323	5	probably	396	4	someone	469	3	living	542	2	bowels
324	5	relieving	397	4	stand	470	3	malaise	543	2	bp
325	5	stool	398	4	statins	471	3	menstruation	544	2	bpm
326	5	sugar	399	4	sweat	472	3	mom	545	2	breathing
327	5	ten	400	4	syrup	473	3	moving	546	2	brothers
328	5	therapy	401	4	talking	474	3	odour	547	2	bruising
329	5	toilet	402	4	teacher	475	3	painful	548	2	building
330	5	treated	403	4	tiptoe	476	3	perform	549	2	c
331	5	trouble	404	4	transmitted	477	3	point	550	2	camera
332	5	two	405	4	try	478	3	position	551	2	careful
333	5	usually	406	4	undergo	479	3	post	552	2	checking
334	5	vision	407	4	ventolin	480	3	pregnant	553	2	chemical
335	5	week	408	4	wrong	481	3	prevent	554	2	chickenpox
336	5	yesterday	409	3	according	482	3	puff	555	2	childhood
337	4	acute	410	3	adapt	483	3	reaction	556	2	city
338	4	afraid	411	3	ah	484	3	reflux	557	2	clear
339	4	appendicitis	412	3	already	485	3	remove	558	2	clothe
340	4	arms	413	3	alzheimer	486	3	risk	559	2	compression
341	4	carotid	414	3	american	487	3	run	560	2	consciousness
342	4	colonectomy	415	3	and	488	3	running	561	2	considering
343	4	constrictive	416	3	anger	489	3	safe	562	2	constipation
344	4	consultation	417	3	answer	490	3	school	563	2	continuous
345	4	contraception	418	3	antibiotic	491	3	season	564	2	correct
346	4	couch	419	3	anxiety	492	3	seizure	565	2	cranial

566	2	crisis	639	2	pack	712	2	worsen	785	1	completely
567	2	curable	640	2	painkiller	713	2	young	786	1	comprehension
568	2	death	641	2	pallor	714	1	abdominal	787	1	conclude
569	2	degeneration	642	2	palp	715	1	ablate	788	1	consequence
570	2	detail	643	2	paper	716	1	actual	789	1	consist
571	2	different	644	2	particularly	717	1	actually	790	1	constantly
572	2	dijon	645	2	peanut	718	1	advice	791	1	constipated
573	2	disorder	646	2	persist	719	1	agreement	792	1	consumption
574	2	dizziness	647	2	play	720	1	alleviate	793	1	contact
575	2	donor	648	2	pression	721	1	almost	794	1	conversation
576	2	dot	649	2	product	722	1	alone	795	1	copy
577	2	dr	650	2	productive	723	1	along	796	1	corpuscular
578	2	drive	651	2	professional	724	1	amount	797	1	couldn
579	2	dtp	652	2	protection	725	1	angry	798	1	cured
580	2	effect	653	2	r	726	1	anti	799	1	cut
581	2	emergency	654	2	radiate	727	1	anxious	800	1	cyclic
582	2	empty	655	2	radiation	728	1	anyone	801	1	deal
583	2	enough	656	2	react	729	1	apart	802	1	decrease
584	2	erythrocyte	657	2	ready	730	1	appendectomy	803	1	decreased
585	2	even	658	2	regularly	731	1	appendicectomy	804	1	definitely
586	2	everyday	659	2	relieved	732	1	appendicis	805	1	degenerescence
587	2	examination	660	2	request	733	1	apply	806	1	degree
588	2	explication	661	2	respiration	734	1	around	807	1	delivery
589	2	eyebrow	662	2	rubella	735	1	attention	808	1	department
590	2	fact	663	2	save	736	1	auscult	809	1	diabetic
591	2	fainted	664	2	saw	737	1	auscultate	810	1	diagnosed
592	2	fbc	665	2	scale	738	1	avoid	811	1	diarrheas
593	2	feeling	666	2	sclerosis	739	1	balanced	812	1	diphteria
594	2	felt	667	2	second	740	1	bank	813	1	directly
595	2	fifteen	668	2	security	741	1	banker	814	1	discover
596	2	flow	669	2	send	742	1	bare	815	1	distend
597	2	football	670	2	seven	743	1	beware	816	1	distension
598	2	gastro	671	2	shirt	744	1	black	817	1	distention
599	2	gave	672	2	short	745	1	bleeding	818	1	due
600	2	generally	673	2	shoulder	746	1	block	819	1	dull
601	2	graduation	674	2	simple	747	1	bloody	820	1	dust
602	2	group	675	2	sisters	748	1	blunt	821	1	dying
603	2	guts	676	2	smell	749	1	blurred	822	1	dyspnea
604	2	hard	677	2	son	750	1	bone	823	1	e
605	2	hematocrit	678	2	soon	751	1	boulet	824	1	ear
606	2	hemoglobin	679	2	sort	752	1	boy	825	1	early
607	2	hi	680	2	specialist	753	1	breastfeed	826	1	effort
608	2	higher	681	2	specifical	754	1	bronchiolitis	827	1	eighteen
609	2	hospitalization	682	2	sputum	755	1	bronchus	828	1	electrolyte
610	2	hour	683	2	stocking	756	1	bye	829	1	element
611	2	husband	684	2	stomachache	757	1	calculate	830	1	employed
612	2	identity	685	2	swelling	758	1	calculation	831	1	employment
613	2	ill	686	2	swinging	759	1	calm	832	1	episode
614	2	inflammatory	687	2	swollen	760	1	cannot	833	1	especially
615	2	inside	688	2	tablespoonful	761	1	caplet	834	1	esr
616	2	instance	689	2	throbbing	762	1	car	835	1	estimate
617	2	intestine	690	2	thyroid	763	1	cardiac	836	1	evening
618	2	ischemic	691	2	tia	764	1	care	837	1	exact
619	2	italian	692	2	tinglings	765	1	carefully	838	1	except
620	2	jaundice	693	2	together	766	1	caregiver	839	1	excessive
621	2	jut	694	2	tongue	767	1	cat	840	1	excise
622	2	kill	695	2	town	768	1	catch	841	1	exist
623	2	lay	696	2	train	769	1	celsius	842	1	expose
624	2	marital	697	2	transient	770	1	changing	843	1	exposure
625	2	measles	698	2	trauma	771	1	chanut	844	1	faint
626	2	measure	699	2	tube	772	1	character	845	1	fall
627	2	member	700	2	twice	773	1	chemo	846	1	fatty
628	2	mercury	701	2	unfortunately	774	1	chlamydia	847	1	fault
629	2	migraine	702	2	urinate	775	1	cholesterol	848	1	feet
630	2	mmhg	703	2	user	776	1	clearly	849	1	final
631	2	multiple	704	2	vegetable	777	1	climbing	850	1	finger
632	2	mum	705	2	wait	778	1	clinic	851	1	fingers
633	2	mump	706	2	wanna	779	1	closest	852	1	finished
634	2	needed	707	2	way	780	1	cloth	853	1	firstly
635	2	nerve	708	2	weird	781	1	colleague	854	1	fiture
636	2	news	709	2	whisky	782	1	colour	855	1	five
637	2	nine	710	2	white	783	1	command	856	1	fluid
638	2	organ	711	2	word	784	1	complaint	857	1	forgetting

858	1	form	926	1	light	994	1	prefer	1062	1	sti
859	1	formerly	927	1	ling	995	1	prevention	1063	1	stinging
860	1	france	928	1	lipid	996	1	previous	1064	1	stokcings
861	1	free	929	1	lipids	997	1	problematic	1065	1	stopping
862	1	frequent	930	1	lower	998	1	process	1066	1	stressed
863	1	frequently	931	1	lump	999	1	prognosis	1067	1	strip
864	1	fresh	932	1	lunch	1000	1	protective	1068	1	stroke
865	1	frieger	933	1	lying	1001	1	protein	1069	1	student
866	1	friend	934	1	lymph	1002	1	push	1070	1	substance
867	1	front	935	1	machine	1003	1	qualify	1071	1	subtract
868	1	future	936	1	made	1004	1	quick	1072	1	sudden
869	1	gait	937	1	madrid	1005	1	quickly	1073	1	suddenly
870	1	genetic	938	1	male	1006	1	quit	1074	1	suffering
871	1	german	939	1	man	1007	1	radiated	1075	1	suggest
872	1	girlfriend	940	1	mathematics	1008	1	raise	1076	1	summer
873	1	given	941	1	mcv	1009	1	reattach	1077	1	support
874	1	giving	942	1	millimeter	1010	1	receive	1078	1	suppress
875	1	gp	943	1	millimeters	1011	1	received	1079	1	surgeon
876	1	gradually	944	1	mine	1012	1	recidivism	1080	1	sweating
877	1	gravity	945	1	missing	1013	1	recover	1081	1	syphilis
878	1	greatful	946	1	mmse	1014	1	regule	1082	1	table
879	1	growth	947	1	motion	1015	1	relative	1083	1	taken
880	1	habit	948	1	mr	1016	1	relax	1084	1	taking
881	1	half	949	1	necessary	1017	1	reliever	1085	1	tension
882	1	hamburg	950	1	neck	1018	1	remarkable	1086	1	terrific
883	1	hand	951	1	needle	1019	1	remembering	1087	1	tetanus
884	1	harmful	952	1	next	1020	1	remind	1088	1	third
885	1	hbp	953	1	nice	1021	1	repetitive	1089	1	thousand
886	1	headaches	954	1	node	1022	1	replace	1090	1	throat
887	1	heavy	955	1	noise	1023	1	requested	1091	1	thrombocyte
888	1	hight	956	1	noisy	1024	1	required	1092	1	tooth
889	1	hold	957	1	non	1025	1	research	1093	1	totally
890	1	horrible	958	1	notes	1026	1	retired	1094	1	toxic
891	1	hug	959	1	nsaed	1027	1	reverse	1095	1	treatable
892	1	hungry	960	1	nsaids	1028	1	rhythm	1096	1	tried
893	1	hyperpression	961	1	nutrition	1029	1	romberg	1097	1	tumor
894	1	illness	962	1	o	1030	1	room	1098	1	tv
895	1	image	963	1	obligatory	1031	1	routine	1099	1	twelve
896	1	immediately	964	1	occupational	1032	1	safety	1100	1	uk
897	1	incision	965	1	office	1033	1	salt	1101	1	unaided
898	1	incoordination	966	1	open	1034	1	scary	1102	1	unsteady
899	1	increasing	967	1	option	1035	1	score	1103	1	urgency
900	1	independent	968	1	oral	1036	1	secondary	1104	1	urgent
901	1	infect	969	1	other	1037	1	sedimentation	1105	1	urining
902	1	insect	970	1	otherwise	1038	1	seem	1106	1	use
903	1	insomnia	971	1	outside	1039	1	sense	1107	1	used
904	1	instantly	972	1	overall	1040	1	sensitivity	1108	1	useless
905	1	intake	973	1	oxygen	1041	1	september	1109	1	vein
906	1	intensive	974	1	panel	1042	1	serology	1110	1	venous
907	1	intercourse	975	1	panic	1043	1	shouldn	1111	1	virus
908	1	intolerance	976	1	partum	1044	1	single	1112	1	volume
909	1	intolerant	977	1	pass	1045	1	sit	1113	1	waist
910	1	intravenous	978	1	passing	1046	1	slip	1114	1	walking
911	1	intrusive	979	1	patient	1047	1	slowly	1115	1	watch
912	1	investigation	980	1	pay	1048	1	smoker	1116	1	welcome
913	1	irregular	981	1	person	1049	1	soda	1117	1	weren
914	1	isn	982	1	phone	1050	1	soft	1118	1	whooping
915	1	iv	983	1	picture	1051	1	solid	1119	1	wife
916	1	kg	984	1	pin	1052	1	spanish	1120	1	wine
917	1	kin	985	1	place	1053	1	speaking	1121	1	woman
918	1	known	986	1	plane	1054	1	specifically	1122	1	working
919	1	laboratory	987	1	platelet	1055	1	spell	1123	1	works
920	1	lack	988	1	pm	1056	1	sports	1124	1	worried
921	1	later	989	1	pollen	1057	1	spread	1125	1	worst
922	1	lead	990	1	possible	1058	1	spring	1126	1	worth
923	1	leave	991	1	postpartum	1059	1	stairs	1127	1	wrist
924	1	leukocyte	992	1	practitioner	1060	1	state			
925	1	level	993	1	prednisolone	1061	1	steroid			

WL Prod Orale P3

#Lemma Types: 1219
#Lemma Tokens: 8626
#Search Hits: 0

1	1253	d
2	559	ok
3	95	m
4	87	going
5	82	take
6	81	yes
7	77	disease
8	74	one
9	73	know
10	72	feel
11	68	blood
12	66	treatment
13	65	pain
14	60	good
15	55	re
16	52	day
17	50	like
18	50	tell
19	49	please
20	48	also
21	48	exam
22	48	problem
23	45	think
24	43	per
25	42	normal
26	42	see
27	40	little
28	40	maybe
29	37	born
30	37	check
31	36	anything
32	36	nothing
33	36	since
34	36	symptom
35	34	sign
36	33	could
37	33	high
38	33	respiratory
39	32	name
40	32	pressure
41	31	alright
42	31	vital
43	30	family
44	30	many
45	30	need
46	30	rate
47	29	question
48	29	something
49	28	every
50	28	make
51	27	cause
52	27	pulse
53	27	temperature
54	27	time
55	27	well
56	26	ask
57	25	lung
58	25	minute
59	24	gonna
60	24	hello
61	23	better
62	23	bite
63	23	start
64	22	fever
65	22	got
66	22	thank
67	21	beat
68	21	first
69	21	go
70	21	want
71	20	drink
72	20	help
73	20	old
74	20	test
75	20	type
76	19	auscultation
77	19	chest
78	19	prescribe
79	19	smoke
80	18	alcohol
81	18	complementary
82	18	loss
83	18	nerve
84	18	percussion
85	18	specific
86	18	walk
87	18	would
88	17	breath
89	17	cancer
90	17	ever
91	17	hear
92	17	month
93	17	notice
94	17	really
95	16	brain
96	16	found
97	16	heart
98	16	hundred
99	16	much
100	16	pill
101	16	say
102	16	today
103	15	concerning
104	15	cough
105	15	inspection
106	15	married
107	15	sorry
108	15	treat
109	15	weight
110	14	bring
111	14	diabetes
112	14	give
113	14	infection
114	14	life
115	14	remember
116	14	told
117	13	asthma
118	13	clinical
119	13	date
120	13	diagnosis
121	13	diarrhea
122	13	difficulty
123	13	eighty
124	13	everything
125	13	may
126	13	order
127	13	reduce
128	13	result
129	13	system
130	13	urine
131	12	abnormal
132	12	course
133	12	diet
134	12	example
135	12	father
136	12	fine
137	12	function
138	12	get
139	12	health
140	12	last
141	12	lot
142	12	often
143	12	palpation
144	12	right
145	12	run
146	12	stop
147	11	else
148	11	examine
149	11	hbp
150	11	insulin
151	11	perfect
152	11	surgery
153	11	times
154	11	tire
155	11	worry
156	11	year
157	10	artery
158	10	attack
159	10	bad
160	10	change
161	10	cigarette
162	10	food
163	10	glycaemia
164	10	medication
165	10	mg
166	10	sense
167	10	sleep
168	10	sound
169	10	sure
170	10	tenderness
171	10	thirty
172	10	work
173	9	according
174	9	allergy
175	9	appetite
176	9	avoid
177	9	chill
178	9	death
179	9	drug
180	9	eye
181	9	kind
182	9	level
183	9	lifestyle
184	9	long
185	9	look
186	9	nausea
187	9	numbness
188	9	part
189	9	relieve
190	9	sugar
191	9	sweat
192	9	tablet
193	9	thanks
194	9	tingling
195	8	birth
196	8	colon
197	8	cure
198	8	eat
199	8	fast
200	8	full
201	8	hours
202	8	hurt
203	8	idea
204	8	information
205	8	job
206	8	left
207	8	let
208	8	mother
209	8	motor
210	8	next
211	8	pneumonia
212	8	pulmonary
213	8	remove
214	8	running
215	8	runs
216	8	scan
217	8	still
218	8	tobacco
219	8	try
220	8	weak
221	8	week
222	8	worse
223	7	activity
224	7	age
225	7	another
226	7	belly
227	7	bowel
228	7	chronic
229	7	clot
230	7	come
231	7	correct
232	7	cranial
233	7	didn
234	7	fact
235	7	four
236	7	frequency
237	7	glass
238	7	happen
239	7	lead
240	7	mass
241	7	mr
242	7	probably
243	7	quite
244	7	regarding
245	7	repeat
246	7	said
247	7	seventy
248	7	side
249	7	single
250	7	sport
251	7	things
252	7	twenty
253	7	two
254	7	use
255	6	abdomen
256	6	alzheimer
257	6	breathe
258	6	c
259	6	called
260	6	corticosteroid
261	6	depend
262	6	depression
263	6	doctor
264	6	feeling
265	6	great
266	6	heel
267	6	history
268	6	hospitalized
269	6	inflammation
270	6	ll
271	6	lose
272	6	mind
273	6	minutes

274	6	moment	347	4	anticoagulant	420	4	tumor	493	3	productive
275	6	morning	348	4	appendicitis	421	4	urinate	494	3	professional
276	6	ninety	349	4	bacterium	422	4	ve	495	3	put
277	6	particular	350	4	bathroom	423	4	vision	496	3	r
278	6	position	351	4	biopsy	424	4	without	497	3	receive
279	6	rash	352	4	body	425	4	yesterday	498	3	relax
280	6	ray	353	4	cannot	426	4	yet	499	3	rule
281	6	rest	354	4	careful	427	3	acute	500	3	sample
282	6	shoulder	355	4	carotid	428	3	ago	501	3	sclerosis
283	6	sibling	356	4	case	429	3	albumin	502	3	security
284	6	weakness	357	4	cell	430	3	angry	503	3	sensory
285	6	wear	358	4	checked	431	3	antibiotic	504	3	sex
286	6	x	359	4	colonectomy	432	3	arms	505	3	sexually
287	5	along	360	4	colonoscopy	433	3	aspirin	506	3	shirt
288	5	always	361	4	consciousness	434	3	back	507	3	sleeping
289	5	american	362	4	constant	435	3	bone	508	3	sleeve
290	5	assess	363	4	cut	436	3	bruising	509	3	smoker
291	5	baby	364	4	depress	437	3	child	510	3	spell
292	5	begin	365	4	die	438	3	close	511	3	spread
293	5	cardiovascular	366	4	dullness	439	3	common	512	3	stocking
294	5	children	367	4	effect	440	3	consultation	513	3	stomach
295	5	consumption	368	4	embolism	441	3	contact	514	3	suppose
296	5	count	369	4	equipment	442	3	contagious	515	3	swing
297	5	crackle	370	4	evolution	443	3	continue	516	3	taking
298	5	decrease	371	4	examination	444	3	control	517	3	thought
299	5	delivery	372	4	exposed	445	3	crisis	518	3	three
300	5	doesn	373	4	felt	446	3	crohn	519	3	together
301	5	dr	374	4	file	447	3	ct	520	3	toilet
302	5	dyspnea	375	4	gastrointestinal	448	3	damage	521	3	totally
303	5	early	376	4	habit	449	3	describe	522	3	toxic
304	5	enough	377	4	haven	450	3	distension	523	3	transient
305	5	even	378	4	ill	451	3	doc	524	3	tried
306	5	exposure	379	4	imagery	452	3	drowsy	525	3	trigger
307	5	fatigue	380	4	injection	453	3	dry	526	3	tsh
308	5	follow	381	4	inspect	454	3	easy	527	3	unremarkable
309	5	gluten	382	4	jut	455	3	erythrocyte	528	3	vibration
310	5	heparin	383	4	kin	456	3	event	529	3	vomit
311	5	immune	384	4	lack	457	3	eventually	530	3	word
312	5	important	385	4	male	458	3	find	531	3	worst
313	5	lactose	386	4	meal	459	3	foot	532	2	abnormality
314	5	less	387	4	mean	460	3	german	533	2	active
315	5	lost	388	4	memory	461	3	group	534	2	afraid
316	5	means	389	4	multiple	462	3	hard	535	2	afternoon
317	5	menstruation	390	4	nationality	463	3	herpes	536	2	agree
318	5	movement	391	4	necessary	464	3	hormone	537	2	allergic
319	5	mri	392	4	neck	465	3	hypothyroidism	538	2	and
320	5	muscle	393	4	neurological	466	3	intense	539	2	annoying
321	5	needed	394	4	object	467	3	intestine	540	2	anxiety
322	5	normally	395	4	occur	468	3	ischemic	541	2	anxious
323	5	odour	396	4	organ	469	3	leukocyte	542	2	anyone
324	5	oh	397	4	painful	470	3	linked	543	2	appendectomy
325	5	palpate	398	4	pale	471	3	live	544	2	appendix
326	5	perform	399	4	people	472	3	low	545	2	appointment
327	5	physical	400	4	possible	473	3	malaise	546	2	auscult
328	5	post	401	4	progressively	474	3	migraine	547	2	away
329	5	reaction	402	4	protective	475	3	mmhg	548	2	base
330	5	reason	403	4	recently	476	3	mom	549	2	benign
331	5	regular	404	4	retired	477	3	mouth	550	2	best
332	5	salt	405	4	risk	478	3	myalgia	551	2	beta
333	5	seem	406	4	show	479	3	needle	552	2	bleeding
334	5	sexual	407	4	skin	480	3	neurologic	553	2	bother
335	5	shortness	408	4	slow	481	3	new	554	2	breastfeed
336	5	sometimes	409	4	smell	482	3	nicopatch	555	2	breathing
337	5	thyroid	410	4	smoking	483	3	norm	556	2	brother
338	5	toe	411	4	social	484	3	pack	557	2	but
339	5	urinary	412	4	stool	485	3	pass	558	2	calculus
340	5	ventolin	413	4	substance	486	3	period	559	2	call
341	5	vomiting	414	4	suffer	487	3	practice	560	2	capacity
342	5	walking	415	4	swelling	488	3	practise	561	2	catch
343	5	weeks	416	4	syrup	489	3	prednisolone	562	2	cheek
344	4	address	417	4	talk	490	3	pregnancy	563	2	cholesterol
345	4	affect	418	4	ten	491	3	pregnant	564	2	city
346	4	alive	419	4	tongue	492	3	presume	565	2	color

566	2	colour	639	2	levothyrox	712	2	took	785	1	camera
567	2	complication	640	2	lighthead	713	2	top	786	1	candy
568	2	compression	641	2	listen	714	2	touch	787	1	car
569	2	condom	642	2	located	715	2	transmitted	788	1	cardiac
570	2	confirm	643	2	madam	716	2	trauma	789	1	care
571	2	consist	644	2	main	717	2	treated	790	1	cat
572	2	consistent	645	2	man	718	2	tube	791	1	causing
573	2	continuous	646	2	medical	719	2	unclog	792	1	central
574	2	contraception	647	2	meet	720	2	undergo	793	1	certain
575	2	corresponding	648	2	metabolism	721	2	understand	794	1	chair
576	2	coughing	649	2	milk	722	2	unfortunately	795	1	changement
577	2	country	650	2	mister	723	2	vaccination	796	1	charge
578	2	create	651	2	mood	724	2	vegetable	797	1	chickenpox
579	2	cycle	652	2	mrs	725	2	vibrating	798	1	childhood
580	2	cyclic	653	2	must	726	2	virus	799	1	chimiotherapy
581	2	degenerative	654	2	nsaids	727	2	weird	800	1	chronical
582	2	department	655	2	o	728	2	women	801	1	cigar
583	2	different	656	2	open	729	2	won	802	1	circonscrive
584	2	difficult	657	2	paper	730	2	worsen	803	1	circulate
585	2	digestion	658	2	particularly	731	2	worsening	804	1	circulation
586	2	disappear	659	2	partum	732	2	write	805	1	clench
587	2	discover	660	2	person	733	1	ab	806	1	clog
588	2	donor	661	2	phone	734	1	abdominal	807	1	closest
589	2	drive	662	2	pin	735	1	accessory	808	1	coagulate
590	2	drowsiness	663	2	place	736	1	across	809	1	cold
591	2	duty	664	2	play	737	1	action	810	1	colectomy
592	2	ease	665	2	point	738	1	actually	811	1	coming
593	2	eating	666	2	polyp	739	1	adenoms	812	1	completely
594	2	everyday	667	2	precaution	740	1	advice	813	1	complexion
595	2	face	668	2	prescription	741	1	affected	814	1	complicate
596	2	fall	669	2	protect	742	1	ah	815	1	composition
597	2	far	670	2	psychiatrist	743	1	aids	816	1	compress
598	2	fbc	671	2	puff	744	1	air	817	1	concern
599	2	feet	672	2	radiating	745	1	airway	818	1	conformable
600	2	feverish	673	2	react	746	1	allow	819	1	consistence
601	2	fill	674	2	recent	747	1	almost	820	1	constipation
602	2	fluid	675	2	regulate	748	1	alone	821	1	constitutional
603	2	football	676	2	remarkable	749	1	already	822	1	consume
604	2	forget	677	2	respiration	750	1	alterate	823	1	contamination
605	2	fork	678	2	roll	751	1	alternatively	824	1	cook
606	2	form	679	2	sad	752	1	amount	825	1	corpuscular
607	2	frequently	680	2	saw	753	1	anal	826	1	cotton
608	2	fruit	681	2	secretion	754	1	analyze	827	1	curable
609	2	gain	682	2	send	755	1	antecedents	828	1	cva
610	2	gait	683	2	serious	756	1	antidepressant	829	1	cycling
611	2	gastro	684	2	severe	757	1	anus	830	1	damaging
612	2	genital	685	2	shooting	758	1	anymore	831	1	dangerous
613	2	gland	686	2	shrug	759	1	appeared	832	1	dark
614	2	grow	687	2	shrugging	760	1	appendicectomy	833	1	dead
615	2	guarding	688	2	sleepy	761	1	approximately	834	1	decision
616	2	headache	689	2	soon	762	1	arm	835	1	deliver
617	2	headaches	690	2	spanish	763	1	arrive	836	1	delivered
618	2	heartburn	691	2	speaking	764	1	associate	837	1	destruction
619	2	hematocrit	692	2	specialist	765	1	associated	838	1	detect
620	2	hemoglobin	693	2	specifically	766	1	bacterias	839	1	detected
621	2	hereditate	694	2	spray	767	1	bacteries	840	1	develop
622	2	home	695	2	sputum	768	1	balance	841	1	development
623	2	hope	696	2	statins	769	1	bare	842	1	device
624	2	hospital	697	2	std	770	1	bed	843	1	diagnose
625	2	ifs	698	2	stick	771	1	beginning	844	1	diagnosed
626	2	illness	699	2	stroke	772	1	bend	845	1	dietary
627	2	improve	700	2	strong	773	1	black	846	1	district
628	2	increase	701	2	substract	774	1	blockage	847	1	dizzy
629	2	increased	702	2	sudden	775	1	blocking	848	1	done
630	2	insomnia	703	2	swollen	776	1	boston	849	1	door
631	2	intercourse	704	2	table	777	1	breakfast	850	1	draw
632	2	intestinal	705	2	tachycardia	778	1	breathlessness	851	1	dtp
633	2	intolerant	706	2	tension	779	1	brothers	852	1	due
634	2	intravenal	707	2	term	780	1	bruits	853	1	dust
635	2	involve	708	2	therapy	781	1	build	854	1	ecg
636	2	isn	709	2	tightness	782	1	burn	855	1	ecr
637	2	lately	710	2	tiptoe	783	1	buzzing	856	1	eight
638	2	lay	711	2	tissue	784	1	bye	857	1	elbow

858	1	elder	931	1	hesitation	1004	1	natural	1077	1	recall
859	1	elderly	932	1	hospitalisated	1005	1	nauseous	1078	1	received
860	1	electrocardiogram	933	1	hour	1006	1	nervous	1079	1	recognize
861	1	elevator	934	1	house	1007	1	neurologicians	1080	1	recon
862	1	emboly	935	1	hsbc	1008	1	never	1081	1	recover
863	1	employer	936	1	hypogloss	1009	1	news	1082	1	reeducation
864	1	employment	937	1	hypoglycemia	1010	1	nice	1083	1	refer
865	1	end	938	1	id	1011	1	nicopacth	1084	1	regularly
866	1	entirely	939	1	im	1012	1	night	1085	1	regulated
867	1	environmental	940	1	image	1013	1	node	1086	1	release
868	1	er	941	1	immunization	1014	1	non	1087	1	remind
869	1	especially	942	1	impact	1015	1	note	1088	1	request
870	1	esr	943	1	increasing	1016	1	numb	1089	1	requested
871	1	estimate	944	1	incurable	1017	1	occupation	1090	1	resection
872	1	evaluate	945	1	indeed	1018	1	office	1091	1	respect
873	1	everytime	946	1	inflame	1019	1	onset	1092	1	respond
874	1	exacerbate	947	1	inside	1020	1	oral	1093	1	rhythm
875	1	exactly	948	1	intake	1021	1	other	1094	1	rmi
876	1	examinate	949	1	interesting	1022	1	outside	1095	1	rolling
877	1	excuse	950	1	intolerance	1023	1	palpations	1096	1	room
878	1	exercise	951	1	irradiate	1024	1	parent	1097	1	save
879	1	explain	952	1	irritate	1025	1	paris	1098	1	scale
880	1	exposition	953	1	issue	1026	1	partners	1099	1	season
881	1	eyebrow	954	1	iv	1027	1	past	1100	1	seating
882	1	facial	955	1	jaw	1028	1	pee	1101	1	secretary
883	1	faint	956	1	k	1029	1	pencil	1102	1	secrete
884	1	fainted	957	1	keep	1030	1	perfectly	1103	1	secure
885	1	fainting	958	1	kidney	1031	1	permit	1104	1	sedimentary
886	1	fasting	959	1	kill	1032	1	pet	1105	1	senile
887	1	fat	960	1	kynesitherapie	1033	1	photophobia	1106	1	sensation
888	1	fatal	961	1	landed	1034	1	pick	1107	1	sensible
889	1	fatty	962	1	later	1035	1	picture	1108	1	sensitivity
890	1	feces	963	1	le	1036	1	pierce	1109	1	sentence
891	1	feed	964	1	learn	1037	1	pillard	1110	1	september
892	1	fell	965	1	leg	1038	1	platelet	1111	1	seventeen
893	1	female	966	1	leguiff	1039	1	police	1112	1	sharp
894	1	fifteen	967	1	length	1040	1	policy	1113	1	shouldn
895	1	fifty	968	1	lhl	1041	1	positive	1114	1	si
896	1	final	969	1	lie	1042	1	possibility	1115	1	sick
897	1	finally	970	1	limb	1043	1	precise	1116	1	simple
898	1	finger	971	1	limit	1044	1	precision	1117	1	simply
899	1	fingers	972	1	lining	1045	1	predisposition	1118	1	sing
900	1	finished	973	1	lipids	1046	1	prednisone	1119	1	sister
901	1	flight	974	1	liquid	1047	1	prescribed	1120	1	sisters
902	1	flow	975	1	living	1048	1	presentation	1121	1	situation
903	1	flu	976	1	lots	1049	1	pression	1122	1	slowing
904	1	fly	977	1	lower	1050	1	pretty	1123	1	slowly
905	1	following	978	1	lying	1051	1	preventable	1124	1	small
906	1	french	979	1	lymph	1052	1	previous	1125	1	smile
907	1	friend	980	1	madrid	1053	1	procedure	1126	1	smoked
908	1	front	981	1	major	1054	1	process	1127	1	soft
909	1	functionality	982	1	making	1055	1	processed	1128	1	solution
910	1	functioning	983	1	maladie	1056	1	produce	1129	1	someone
911	1	funny	984	1	mask	1057	1	prognosis	1130	1	sometime
912	1	fur	985	1	mater	1058	1	progress	1131	1	somewhere
913	1	future	986	1	mcv	1059	1	progression	1132	1	speak
914	1	general	987	1	measles	1060	1	progressive	1133	1	special
915	1	genetic	988	1	measure	1061	1	properly	1134	1	specifical
916	1	genetics	989	1	measured	1062	1	protein	1135	1	speech
917	1	germany	990	1	member	1063	1	provoke	1136	1	speed
918	1	graduate	991	1	memorise	1064	1	psychotherapist	1137	1	spoke
919	1	grind	992	1	mental	1065	1	pull	1138	1	sports
920	1	guaragna	993	1	mercury	1066	1	pulsation	1139	1	stabbing
921	1	guess	994	1	might	1067	1	push	1140	1	stage
922	1	h	995	1	millimeters	1068	1	quick	1141	1	status
923	1	habitat	996	1	miscarriage	1069	1	radiate	1142	1	stay
924	1	habitual	997	1	mistake	1070	1	radiation	1143	1	steroid
925	1	hamburg	998	1	mitanchez	1071	1	radiotherapy	1144	1	stethoscope
926	1	hand	999	1	mommy	1072	1	raise	1145	1	sti
927	1	hands	1000	1	mulhaupt	1073	1	raising	1146	1	store
928	1	hdl	1001	1	mummy	1074	1	rare	1147	1	stress
929	1	hearty	1002	1	mump	1075	1	rcg	1148	1	strip
930	1	hereditary	1003	1	nationally	1076	1	reach	1149	1	study

1150	1	stuff	1168	1	thrombocyte	1186	1	tumour	1204	1	way
1151	1	suddenly	1169	1	thrombocytes	1187	1	twice	1205	1	welcome
1152	1	suffering	1170	1	thrombose	1188	1	u	1206	1	wheezing
1153	1	support	1171	1	thromboses	1189	1	unaided	1207	1	white
1154	1	suppress	1172	1	thyroidism	1190	1	upper	1208	1	wien
1155	1	surgically	1173	1	tickly	1191	1	urgency	1209	1	wife
1156	1	suspect	1174	1	tight	1192	1	useful	1210	1	wine
1157	1	swallowing	1175	1	toes	1193	1	usually	1211	1	winter
1158	1	swim	1176	1	tomorrow	1194	1	vaccinated	1212	1	wool
1159	1	swimming	1177	1	tooth	1195	1	vaginal	1213	1	working
1160	1	tab	1178	1	town	1196	1	vertigo	1214	1	works
1161	1	taken	1179	1	towns	1197	1	video	1215	1	worries
1162	1	tap	1180	1	tract	1198	1	volume	1216	1	wrist
1163	1	tb	1181	1	transit	1199	1	waist	1217	1	yoga
1164	1	teacher	1182	1	triggering	1200	1	wait	1218	1	york
1165	1	teaspoon	1183	1	triglyceride	1201	1	wake	1219	1	younger
1166	1	thick	1184	1	trouble	1202	1	walls			
1167	1	though	1185	1	tummy	1203	1	water			

ANNEXE 20

Wordlists des productions orales triées par cas cliniques (WL Prod Orale Cas Cliniq)

Cas Clinique 1

#Lemma Types: 544
#Lemma Tokens: 931
#Search Hits: 0

1	6	lemma
2	5	type
3	3	abdomen
4	3	address
5	3	anything
6	3	ask
7	3	beat
8	3	biopsy
9	3	bite
10	3	blood
11	3	bring
12	3	called
13	3	camera
14	3	cancer
15	3	check
16	3	child
17	3	clinical
18	3	colon
19	3	colonectomy
20	3	colonoscopy
21	3	complementary
22	3	contraception
23	3	d
24	3	day
25	3	diarrhea
26	3	eat
27	3	eighty
28	3	else
29	3	employment
30	3	ever
31	3	everything
32	3	exam
33	3	fatigue
34	3	feel
35	3	fever
36	3	fine
37	3	found
38	3	frequency
39	3	full
40	3	gastrointestinal
41	3	general
42	3	go
43	3	gonna
44	3	health
45	3	heart
46	3	hello
47	3	hit
48	3	hundred
49	3	hurt
50	3	infection
51	3	inside
52	3	inspection
53	3	intestine
54	3	kind
55	3	know
56	3	last
57	3	like
58	3	little
59	3	look
60	3	m
61	3	many
62	3	mass
63	3	may
64	3	maybe
65	3	menstruation
66	3	minute
67	3	mrs
68	3	name
69	3	normal
70	3	nothing
71	3	often
72	3	ok
73	3	one
74	3	pain
75	3	palpate
76	3	palpation
77	3	part
78	3	per
79	3	percussion
80	3	period
81	3	pill
82	3	please
83	3	prescribe
84	3	pressure
85	3	problem
86	3	professional
87	3	pulse
88	3	question
89	3	rate
90	3	re
91	3	regular
92	3	remove
93	3	respiratory
94	3	said
95	3	say
96	3	search
97	3	see
98	3	sex
99	3	sexual
100	3	sexually
101	3	sign
102	3	since
103	3	sleep
104	3	something
105	3	sorry
106	3	specific
107	3	status
108	3	stomach
109	3	sure
110	3	surgery
111	3	symptom
112	3	take
113	3	talk
114	3	temperature
115	3	tenderness
116	3	thank
117	3	think
118	3	time
119	3	today
120	3	token
121	3	transmitted
122	3	treatment
123	3	tumor
124	3	twenty
125	3	unremarkable
126	3	ve
127	3	vital
128	3	vomiting
129	3	week
130	3	weight
131	3	well
132	3	work
133	2	afraid
134	2	ago
135	2	agree
136	2	always
137	2	another
138	2	anyone
139	2	apart
140	2	auscultation
141	2	back
142	2	better
143	2	birth
144	2	bleeding
145	2	body
146	2	bowel
147	2	breath
148	2	cause
149	2	chemotherapy
150	2	children
151	2	chill
152	2	come
153	2	concerning
154	2	constipation
155	2	could
156	2	cure
157	2	date
158	2	disease
159	2	doesn
160	2	done
161	2	examine
162	2	family
163	2	feces
164	2	find
165	2	first
166	2	forget
167	2	give
168	2	going
169	2	good
170	2	got
171	2	great
172	2	habit
173	2	hard
174	2	hear
175	2	herpes
176	2	history
177	2	home
178	2	hospital
179	2	husband
180	2	inspect
181	2	intercourse
182	2	job
183	2	less
184	2	let
185	2	lining
186	2	listen
187	2	ll
188	2	loss
189	2	lower
190	2	make
191	2	mean
192	2	means
193	2	miscarriage
194	2	morning
195	2	nausea
196	2	nauseous
197	2	need
198	2	normally
199	2	oh
200	2	possible
201	2	practice
202	2	pregnancy
203	2	pregnant
204	2	probably
205	2	procedure
206	2	prognosis
207	2	protection
208	2	put
209	2	r
210	2	rash
211	2	repeat
212	2	result
213	2	right
214	2	safety
215	2	sample
216	2	seem
217	2	send
218	2	show
219	2	social
220	2	someone
221	2	sometimes
222	2	soon
223	2	start
224	2	stomachache
225	2	stool
226	2	suffer
227	2	swelling
228	2	tap
229	2	tell
230	2	times
231	2	tingling
232	2	tire
233	2	told
234	2	touch
235	2	tract
236	2	treat
237	2	treated

238	2	tube	311	1	crussiere	384	1	intestinal	457	1	radiation
239	2	tumour	312	1	cured	385	1	introduce	458	1	radiotherapy
240	2	undergo	313	1	cycle	386	1	intrusive	459	1	reach
241	2	understand	314	1	dangerous	387	1	kill	460	1	ready
242	2	use	315	1	dark	388	1	kilo	461	1	really
243	2	video	316	1	death	389	1	lab	462	1	reason
244	2	want	317	1	depend	390	1	length	463	1	reattach
245	2	way	318	1	describe	391	1	lie	464	1	received
246	2	weak	319	1	device	392	1	life	465	1	recover
247	2	weakness	320	1	die	393	1	lifestyle	466	1	regularly
248	2	won	321	1	difficult	394	1	light	467	1	relax
249	2	yeah	322	1	difficulty	395	1	listening	468	1	relieve
250	2	yes	323	1	discover	396	1	live	469	1	remarkable
251	1	abdominal	324	1	doctor	397	1	living	470	1	remember
252	1	ablate	325	1	dr	398	1	long	471	1	removed
253	1	able	326	1	drive	399	1	lost	472	1	risk
254	1	abnormal	327	1	drowsiness	400	1	lot	473	1	roll
255	1	adenoms	328	1	drowsy	401	1	low	474	1	routine
256	1	advice	329	1	dull	402	1	lump	475	1	roy
257	1	aggressive	330	1	dullness	403	1	lung	476	1	safe
258	1	alive	331	1	dying	404	1	malaise	477	1	save
259	1	alright	332	1	early	405	1	medical	478	1	saw
260	1	also	333	1	eating	406	1	medication	479	1	second
261	1	amount	334	1	employed	407	1	mind	480	1	secretary
262	1	anal	335	1	end	408	1	mine	481	1	secure
263	1	analyze	336	1	especially	409	1	miss	482	1	serious
264	1	anorexia	337	1	estimate	410	1	missing	483	1	shirt
265	1	anus	338	1	even	411	1	mmhg	484	1	short
266	1	anymore	339	1	every	412	1	moment	485	1	shouldn
267	1	anywhere	340	1	everyday	413	1	month	486	1	sick
268	1	around	341	1	exactly	414	1	move	487	1	side
269	1	asleep	342	1	examination	415	1	multiple	488	1	simonot
270	1	attention	343	1	example	416	1	must	489	1	simply
271	1	auscult	344	1	excise	417	1	needed	490	1	sleeve
272	1	awkward	345	1	exist	418	1	needle	491	1	smoker
273	1	bad	346	1	explain	419	1	night	492	1	solid
274	1	bank	347	1	explication	420	1	notice	493	1	sometime
275	1	banker	348	1	fact	421	1	numbness	494	1	sound
276	1	bathroom	349	1	fainted	422	1	occupation	495	1	special
277	1	bed	350	1	feeling	423	1	occur	496	1	specialist
278	1	begin	351	1	felt	424	1	operate	497	1	spicy
279	1	beginning	352	1	file	425	1	option	498	1	sports
280	1	belly	353	1	finally	426	1	oral	499	1	spread
281	1	benign	354	1	flexible	427	1	order	500	1	stay
282	1	bertin	355	1	form	428	1	otherwise	501	1	std
283	1	best	356	1	free	429	1	outside	502	1	sti
284	1	black	357	1	fruit	430	1	painful	503	1	stuff
285	1	bleed	358	1	future	431	1	palp	504	1	sudden
286	1	bother	359	1	generally	432	1	paper	505	1	suffering
287	1	bouchez	360	1	genital	433	1	particular	506	1	suggest
288	1	boulet	361	1	get	434	1	partners	507	1	support
289	1	bruising	362	1	given	435	1	pass	508	1	surgical
290	1	burn	363	1	gonnet	436	1	passage	509	1	surgically
291	1	bye	364	1	gp	437	1	past	510	1	sweaty
292	1	call	365	1	growth	438	1	pay	511	1	syphilis
293	1	cancerous	366	1	guts	439	1	perfect	512	1	system
294	1	care	367	1	happen	440	1	perfectly	513	1	tache
295	1	careful	368	1	haven	441	1	perform	514	1	taken
296	1	case	369	1	head	442	1	person	515	1	taking
297	1	checked	370	1	headache	443	1	place	516	1	talking
298	1	chemo	371	1	healthy	444	1	polyp	517	1	tender
299	1	chimiotherapy	372	1	heartburn	445	1	poop	518	1	tension
300	1	chlamydia	373	1	heavy	446	1	possibility	519	1	terrific
301	1	clinic	374	1	help	447	1	practise	520	1	thanks
302	1	colonoscope	375	1	hope	448	1	precaution	521	1	things
303	1	condom	376	1	hopefully	449	1	prefer	522	1	throbbing
304	1	considering	377	1	horrible	450	1	pression	523	1	tobacco
305	1	consist	378	1	hsbc	451	1	preventable	524	1	toilet
306	1	constipated	379	1	hurtable	452	1	problematic	525	1	triggering
307	1	consultation	380	1	identity	453	1	process	526	1	trouble
308	1	contact	381	1	important	454	1	protect	527	1	try
309	1	control	382	1	information	455	1	quite	528	1	two
310	1	course	383	1	insomnia	456	1	radiate	529	1	uk

530	1	uncomfortable	534	1	vimal	538	1	weeks	542	1	worried
531	1	used	535	1	vomit	539	1	weird	543	1	worry
532	1	vaginal	536	1	wait	540	1	whole	544	1	year
533	1	vegetable	537	1	watching	541	1	word			

Cas Clinique 2

#Lemma Types: 441
#Lemma Tokens: 790
#Search Hits: 0

1	6	lemma
2	4	type
3	3	abnormal
4	3	also
5	3	american
6	3	antibiotic
7	3	anything
8	3	auscultation
9	3	beat
10	3	better
11	3	blood
12	3	born
13	3	breath
14	3	bring
15	3	chest
16	3	chill
17	3	complementary
18	3	cough
19	3	coughing
20	3	crackle
21	3	d
22	3	day
23	3	disease
24	3	doctor
25	3	drowsiness
26	3	dry
27	3	dullness
28	3	every
29	3	exam
30	3	family
31	3	fatigue
32	3	feel
33	3	fever
34	3	first
35	3	found
36	3	four
37	3	get
38	3	give
39	3	go
40	3	good
41	3	hear
42	3	heartburn
43	3	hello
44	3	high
45	3	hit
46	3	hours
47	3	inspection
48	3	kin
49	3	like
50	3	lung
51	3	m
52	3	make
53	3	married
54	3	medication
55	3	minute
56	3	month
57	3	myalgia
58	3	name
59	3	nausea
60	3	need
61	3	next
62	3	normal
63	3	nothing
64	3	nsaids
65	3	numb
66	3	numbness
67	3	ok
68	3	one
69	3	order
70	3	pain
71	3	palpation
72	3	per
73	3	percussion
74	3	please
75	3	pneumonia
76	3	prescribe
77	3	pressure
78	3	problem
79	3	productive
80	3	pulse
81	3	question
82	3	quite
83	3	rash
84	3	rate
85	3	ray
86	3	re
87	3	reduce
88	3	relieve
89	3	respiratory
90	3	result
91	3	search
92	3	security
93	3	see
94	3	seventy
95	3	shortness
96	3	sign
97	3	since
98	3	sleep
99	3	social
100	3	sorry
101	3	sputum
102	3	suppress
103	3	sweat
104	3	swelling
105	3	symptom
106	3	syrup
107	3	system
108	3	tablet
109	3	take
110	3	tell
111	3	temperature
112	3	thank
113	3	think
114	3	thirty
115	3	time
116	3	times
117	3	tire
118	3	token
119	3	treat
120	3	treatment
121	3	vital
122	3	vomiting
123	3	want
124	3	weak
125	3	weakness
126	3	weeks
127	3	weight
128	3	x
129	3	yes
130	2	abnormality
131	2	according
132	2	ago
133	2	appetite
134	2	ask
135	2	bacterium
136	2	bed
137	2	begin
138	2	birth
139	2	bite
140	2	breathe
141	2	breathing
142	2	bruising
143	2	cause
144	2	check
145	2	clinical
146	2	concerning
147	2	continue
148	2	continuous
149	2	course
150	2	cyclic
151	2	date
152	2	describe
153	2	didn
154	2	difficulty
155	2	drowsy
156	2	exacerbate
157	2	fill
158	2	full
159	2	general
160	2	going
161	2	gonna
162	2	hundred
163	2	hurt
164	2	identity
165	2	inspect
166	2	kind
167	2	know
168	2	listen
169	2	little
170	2	loss
171	2	lot
172	2	malaise
173	2	marital
174	2	may
175	2	maybe
176	2	mr
177	2	muscle
178	2	needed
179	2	non
180	2	normally
181	2	notice
182	2	old
183	2	perform
184	2	position
185	2	practitioner
186	2	really
187	2	recently
188	2	relieving
189	2	request
190	2	right
191	2	say
192	2	severe
193	2	short
194	2	single
195	2	sleeping
196	2	something
197	2	sound
198	2	spell
199	2	status
200	2	steroid
201	2	still
202	2	sure
203	2	tablespoonful
204	2	taking
205	2	tap
206	2	three
207	2	tingling
208	2	today
209	2	trigger
210	2	wait
211	2	week
212	2	well
213	2	worry
214	2	worse
215	2	would
216	2	wrong
217	1	abnormally
218	1	advice
219	1	age
220	1	agree
221	1	aids
222	1	air
223	1	airway
224	1	alleviate
225	1	along
226	1	already
227	1	alright
228	1	always
229	1	annoying
230	1	anorexia
231	1	another
232	1	anti
233	1	appeared
234	1	arm
235	1	associated
236	1	auscultate
237	1	avoid
238	1	back
239	1	bacterias
240	1	bad
241	1	best
242	1	beware
243	1	bleed
244	1	bleeding
245	1	body
246	1	breathless
247	1	build
248	1	c
249	1	called
250	1	calm
251	1	careful
252	1	carefully
253	1	causing
254	1	cebrunska
255	1	children
256	1	clearly
257	1	color
258	1	comfortable
259	1	complaint
260	1	complete
261	1	complication
262	1	concern
263	1	conformable
264	1	constant
265	1	constrictive

266	1	contact	310	1	honey	354	1	painful	398	1	sister
267	1	contagious	311	1	hospitalized	355	1	painkiller	399	1	situation
268	1	contamination	312	1	hour	356	1	palpate	400	1	skin
269	1	cycle	313	1	idea	357	1	particularly	401	1	sleepy
270	1	deal	314	1	ill	358	1	patient	402	1	sleeve
271	1	delers	315	1	image	359	1	perfect	403	1	smoke
272	1	detected	316	1	immune	360	1	persist	404	1	someone
273	1	device	317	1	increase	361	1	person	405	1	sort
274	1	diagnose	318	1	infection	362	1	phlegm	406	1	specifically
275	1	diagnosed	319	1	inflammation	363	1	poire	407	1	start
276	1	diagnosis	320	1	inflammatory	364	1	present	408	1	stick
277	1	disappear	321	1	information	365	1	probably	409	1	stomach
278	1	disorder	322	1	intake	366	1	progressive	410	1	strip
279	1	doc	323	1	kris	367	1	properly	411	1	strong
280	1	doesn	324	1	kross	368	1	provoke	412	1	sudden
281	1	drug	325	1	lakhdar	369	1	pulmonary	413	1	sweating
282	1	due	326	1	large	370	1	qualify	414	1	table
283	1	dyspnea	327	1	last	371	1	quickly	415	1	tablespoon
284	1	e	328	1	lately	372	1	radiate	416	1	tb
285	1	eat	329	1	linked	373	1	reason	417	1	teaspoon
286	1	eating	330	1	ll	374	1	record	418	1	things
287	1	else	331	1	long	375	1	regarding	419	1	throat
288	1	enough	332	1	look	376	1	relieved	420	1	tickly
289	1	ever	333	1	lose	377	1	remarkable	421	1	told
290	1	examine	334	1	lost	378	1	remember	422	1	took
291	1	example	335	1	male	379	1	remind	423	1	treated
292	1	extreme	336	1	man	380	1	repeat	424	1	tried
293	1	fact	337	1	mask	381	1	requested	425	1	twice
294	1	factor	338	1	measured	382	1	required	426	1	two
295	1	feeling	339	1	medicine	383	1	respect	427	1	unfortunately
296	1	file	340	1	megherbi	384	1	rest	428	1	useless
297	1	finally	341	1	mercury	385	1	roll	429	1	vialle
298	1	find	342	1	millimeters	386	1	said	430	1	virus
299	1	fine	343	1	miss	387	1	saw	431	1	vomit
300	1	finish	344	1	mister	388	1	schoenberger	432	1	waist
301	1	flu	345	1	mmhg	389	1	sector	433	1	wanna
302	1	forget	346	1	morning	390	1	seem	434	1	weird
303	1	great	347	1	move	391	1	serious	435	1	whole
304	1	grow	348	1	much	392	1	seventeen	436	1	worsen
305	1	guess	349	1	nationality	393	1	show	437	1	worsening
306	1	haven	350	1	nauseous	394	1	sick	438	1	worst
307	1	heart	351	1	new	395	1	simple	439	1	year
308	1	help	352	1	nsaed	396	1	simply	440	1	york
309	1	higher	353	1	outside	397	1	sing	441	1	zolotaryov

Cas Clinique 3

#Lemma Types: 442
#Lemma Tokens: 746
#Search Hits: 0

1	6	lemma
2	6	type
3	3	allergy
4	3	aspirin
5	3	auscultation
6	3	birth
7	3	blood
8	3	bowel
9	3	bring
10	3	cancer
11	3	chill
12	3	corticosteroid
13	3	crohn
14	3	d
15	3	day
16	3	diabetes
17	3	diarrhea
18	3	diet
19	3	disease
20	3	distension
21	3	eat
22	3	eighty
23	3	everything
24	3	family
25	3	feces
26	3	feel
27	3	fever
28	3	first
29	3	food
30	3	frequency
31	3	give
32	3	gluten
33	3	guarding
34	3	hear
35	3	hello
36	3	high
37	3	history
38	3	hit
39	3	inspect
40	3	inspection
41	3	kind
42	3	know
43	3	lactose
44	3	ll
45	3	m
46	3	many
47	3	month
48	3	name
49	3	nausea
50	3	normal
51	3	nothing
52	3	ok
53	3	old
54	3	one
55	3	per
56	3	percussion
57	3	pill
58	3	prednisone
59	3	prescribe
60	3	pressure
61	3	problem
62	3	pulse
63	3	rate
64	3	re
65	3	reaction
66	3	regarding
67	3	relieve
68	3	respiratory
69	3	search
70	3	see
71	3	sign
72	3	sound
73	3	specific
74	3	sweat
75	3	symptom
76	3	take
77	3	temperature
78	3	tenderness
79	3	test
80	3	think
81	3	times
82	3	tire
83	3	token
84	3	treat
85	3	treatment
86	3	twenty
87	3	vital
88	3	vomiting
89	3	want
90	3	weak
91	3	weight
92	3	yes
93	2	abdomen
94	2	abnormal
95	2	age
96	2	alive
97	2	allergic
98	2	alright
99	2	anything
100	2	ask
101	2	asthma
102	2	avoid
103	2	belly
104	2	born
105	2	bowels
106	2	cause
107	2	check
108	2	chronic
109	2	cold
110	2	confirm
111	2	control
112	2	couch
113	2	curable
114	2	date
115	2	diagnosis
116	2	distend
117	2	distention
118	2	drowsy
119	2	eating
120	2	ever
121	2	every
122	2	exam
123	2	examine
124	2	excuse
125	2	father
126	2	female
127	2	forget
128	2	found
129	2	gastrointestinal
130	2	gave
131	2	generally
132	2	go
133	2	going
134	2	gonna
135	2	good
136	2	got
137	2	hbp
138	2	heartburn
139	2	help
140	2	hundred
141	2	infection
142	2	inflammation
143	2	insect
144	2	intolerance
145	2	intolerant
146	2	last
147	2	lead
148	2	let
149	2	lie
150	2	like
151	2	little
152	2	lose
153	2	loss
154	2	lost
155	2	may
156	2	maybe
157	2	medication
158	2	minute
159	2	mother
160	2	mouth
161	2	need
162	2	often
163	2	order
164	2	overall
165	2	palpate
166	2	palpation
167	2	perfect
168	2	please
169	2	pollen
170	2	pretty
171	2	question
172	2	quite
173	2	rash
174	2	result
175	2	right
176	2	roll
177	2	runs
178	2	say
179	2	sick
180	2	since
181	2	sleep
182	2	sleeve
183	2	something
184	2	sometimes
185	2	special
186	2	still
187	2	stinging
188	2	stomach
189	2	sure
190	2	surgery
191	2	talk
192	2	tell
193	2	ten
194	2	thank
195	2	today
196	2	toilet
197	2	touch
198	2	transit
199	2	twice
200	2	two
201	2	vomit
202	2	weakness
203	2	weeks
204	2	well
205	2	worry
206	2	wrist
207	1	abdominal
208	1	acid
209	1	activity
210	1	affect
211	1	afternoon
212	1	ago
213	1	agree
214	1	ah
215	1	allow
216	1	along
217	1	already
218	1	also
219	1	another
220	1	anymore
221	1	appetite
222	1	auscult
223	1	bacteries
224	1	bad
225	1	base
226	1	bathroom
227	1	beat
228	1	believe
229	1	besides
230	1	big
231	1	bite
232	1	black
233	1	bp
234	1	bpm
235	1	breath
236	1	c
237	1	checking
238	1	chronical
239	1	clinical
240	1	colectomy
241	1	colour
242	1	come
243	1	complementary
244	1	condition
245	1	consciousness
246	1	consist
247	1	consistence
248	1	constipated
249	1	constipation
250	1	contact
251	1	contagious
252	1	cope
253	1	could
254	1	course
255	1	cure
256	1	current
257	1	cut
258	1	dark
259	1	deal
260	1	demongeot
261	1	depend
262	1	detail
263	1	detect
264	1	detected
265	1	diagnose
266	1	diagnosed
267	1	diarrheas
268	1	die
269	1	difference
270	1	difficulty
271	1	digestion
272	1	distended
273	1	done
274	1	due
275	1	dullness
276	1	easy
277	1	else

278	1	entirely	320	1	insomnia	362	1	odor	404	1	skin
279	1	etc	321	1	intestine	363	1	oh	405	1	sleeping
280	1	everywhere	322	1	iodine	364	1	oral	406	1	soon
281	1	example	323	1	irritate	365	1	pain	407	1	sorry
282	1	factor	324	1	kilo	366	1	painful	408	1	sort
283	1	fatigue	325	1	lambert	367	1	palp	409	1	sports
284	1	felt	326	1	lately	368	1	panic	410	1	stable
285	1	feverish	327	1	lay	369	1	parent	411	1	start
286	1	final	328	1	learn	370	1	part	412	1	state
287	1	finally	329	1	left	371	1	particular	413	1	sticking
288	1	fine	330	1	less	372	1	passed	414	1	stomachache
289	1	follow	331	1	liquid	373	1	patient	415	1	stool
290	1	following	332	1	listen	374	1	pelletingeas	416	1	stop
291	1	four	333	1	live	375	1	people	417	1	stress
292	1	friend	334	1	located	376	1	perform	418	1	suffer
293	1	full	335	1	lognon	377	1	picot	419	1	sugar
294	1	future	336	1	long	378	1	plaster	420	1	support
295	1	gastro	337	1	lot	379	1	practise	421	1	system
296	1	general	338	1	low	380	1	preaut	422	1	ta
297	1	genetic	339	1	malaise	381	1	probably	423	1	taken
298	1	get	340	1	manage	382	1	processing	424	1	tap
299	1	given	341	1	marry	383	1	produce	425	1	tender
300	1	glass	342	1	meal	384	1	react	426	1	things
301	1	gravity	343	1	means	385	1	really	427	1	time
302	1	great	344	1	measure	386	1	recently	428	1	together
303	1	habit	345	1	medical	387	1	recover	429	1	totally
304	1	hands	346	1	members	388	1	reflux	430	1	tract
305	1	happen	347	1	mercury	389	1	regular	431	1	treatable
306	1	hard	348	1	millimeters	390	1	relative	432	1	trouble
307	1	harmful	349	1	mistake	391	1	release	433	1	try
308	1	haven	350	1	moment	392	1	repeat	434	1	tummy
309	1	head	351	1	morning	393	1	rough	435	1	unfortunately
310	1	health	352	1	movement	394	1	rule	436	1	water
311	1	hungry	353	1	mrs	395	1	said	437	1	weigh
312	1	hurt	354	1	much	396	1	salt	438	1	without
313	1	idea	355	1	mum	397	1	saw	439	1	won
314	1	identity	356	1	must	398	1	seem	440	1	worst
315	1	important	357	1	nauseous	399	1	serious	441	1	would
316	1	increase	358	1	necessary	400	1	severe	442	1	yeah
317	1	inflamated	359	1	normally	401	1	shirt			
318	1	inflammatory	360	1	notice	402	1	show			
319	1	information	361	1	nowadays	403	1	side			

Cas Clinique 4

#Lemma Types: 400
#Lemma Tokens: 680
#Search Hits: 0

1	6	lemma
2	6	type
3	3	affect
4	3	anything
5	3	appetite
6	3	asthma
7	3	attack
8	3	beat
9	3	better
10	3	bite
11	3	blood
12	3	born
13	3	breath
14	3	breathe
15	3	check
16	3	chickenpox
17	3	childhood
18	3	d
19	3	day
20	3	disease
21	3	equipment
22	3	every
23	3	exposed
24	3	feel
25	3	fine
26	3	first
27	3	gain
28	3	going
29	3	good
30	3	happen
31	3	hello
32	3	high
33	3	hit
34	3	job
35	3	kind
36	3	know
37	3	last
38	3	like
39	3	little
40	3	loss
41	3	m
42	3	many
43	3	maybe
44	3	mg
45	3	minute
46	3	month
47	3	name
48	3	nicopatch
49	3	normal
50	3	often
51	3	ok
52	3	old
53	3	one
54	3	pain
55	3	per
56	3	please
57	3	pressure
58	3	problem
59	3	pulse
60	3	rate
61	3	re
62	3	recently
63	3	remember
64	3	respiratory
65	3	right
66	3	run
67	3	running
68	3	search
69	3	seventy
70	3	sign
71	3	since
72	3	smoke
73	3	smoking
74	3	specific
75	3	sport
76	3	spray
77	3	start
78	3	stop
79	3	take
80	3	teacher
81	3	temperature
82	3	think
83	3	thirty
84	3	time
85	3	token
86	3	treatment
87	3	ventolin
88	3	vital
89	3	wear
90	3	weight
91	3	well
92	3	yes
93	2	abnormal
94	2	activity
95	2	alright
96	2	another
97	2	bad
98	2	begin
99	2	birth
100	2	breathing
101	2	bring
102	2	cardiovascular
103	2	case
104	2	chest
105	2	cigarette
106	2	come
107	2	cough
108	2	crisis
109	2	cure
110	2	date
111	2	didn
112	2	difficulty
113	2	dr
114	2	duty
115	2	else
116	2	ever
117	2	everyday
118	2	everything
119	2	factor
120	2	fatigue
121	2	felt
122	2	german
123	2	give
124	2	got
125	2	great
126	2	health
127	2	help
128	2	ill
129	2	life
130	2	ll
131	2	long
132	2	lose
133	2	lost
134	2	lung
135	2	make
136	2	male
137	2	might
138	2	much
139	2	mump
140	2	need
141	2	never
142	2	nothing
143	2	occur
144	2	patch
145	2	perfect
146	2	physical
147	2	position
148	2	prescribe
149	2	prevent
150	2	product
151	2	protective
152	2	question
153	2	radiate
154	2	really
155	2	reduce
156	2	regarding
157	2	roll
158	2	say
159	2	see
160	2	september
161	2	sleeve
162	2	slow
163	2	still
164	2	stopping
165	2	substance
166	2	symptom
167	2	system
168	2	tell
169	2	third
170	2	times
171	2	tire
172	2	today
173	2	toxic
174	2	varicella
175	2	ve
176	2	want
177	2	whooping
178	2	winter
179	2	working
180	2	would
181	2	yeah
182	2	yesterday
183	1	according
184	1	acute
185	1	addiction
186	1	advise
187	1	age
188	1	ago
189	1	already
190	1	also
191	1	amount
192	1	anymore
193	1	appear
194	1	apply
195	1	around
196	1	ask
197	1	ay
198	1	back
199	1	beginning
200	1	bet
201	1	beta
202	1	bpm
203	1	bronchiolitis
204	1	bronchus
205	1	bus
206	1	calm
207	1	carry
208	1	cause
209	1	chanut
210	1	child
211	1	clear
212	1	clothe
213	1	complementary
214	1	considerate
215	1	considering
216	1	constrictive
217	1	consumption
218	1	continue
219	1	cope
220	1	correct
221	1	couldn
222	1	course
223	1	dangerous
224	1	depend
225	1	describe
226	1	diagnosed
227	1	diagnosis
228	1	die
229	1	different
230	1	dot
231	1	drug
232	1	due
233	1	dust
234	1	effort
235	1	employed
236	1	environmental
237	1	episode
238	1	even
239	1	everywhere
240	1	exacerbate
241	1	exam
242	1	example
243	1	excessive
244	1	exercise
245	1	expose
246	1	fact
247	1	fall
248	1	fast
249	1	feeling
250	1	fever
251	1	fifty
252	1	finish
253	1	forget
254	1	frequent
255	1	frightening
256	1	full
257	1	genetic
258	1	germany
259	1	get
260	1	god
261	1	gonna
262	1	guess
263	1	habitat
264	1	hair
265	1	hight
266	1	history
267	1	home
268	1	hour
269	1	hours
270	1	hundred
271	1	hurt
272	1	improve
273	1	information
274	1	jaundice
275	1	kids
276	1	kill
277	1	kilometre
278	1	lead
279	1	less
280	1	let
281	1	living

282	1	located	312	1	piece	342	1	servillat	372	1	thanks
283	1	lot	313	1	pillard	343	1	seven	373	1	things
284	1	maillot	314	1	place	344	1	shirt	374	1	threat
285	1	martinez	315	1	practise	345	1	shouldn	375	1	three
286	1	may	316	1	presume	346	1	showing	376	1	tightness
287	1	meal	317	1	pretty	347	1	sick	377	1	tobacco
288	1	mean	318	1	protection	348	1	slowing	378	1	told
289	1	means	319	1	put	349	1	slowly	379	1	took
290	1	measles	320	1	quite	350	1	smoker	380	1	towns
291	1	medical	321	1	radiated	351	1	social	381	1	train
292	1	medication	322	1	radiation	352	1	someone	382	1	treat
293	1	mind	323	1	ray	353	1	something	383	1	trigger
294	1	minutes	324	1	record	354	1	sometimes	384	1	try
295	1	miss	325	1	regular	355	1	somewhere	385	1	understand
296	1	mmhg	326	1	regularly	356	1	sports	386	1	vaccination
297	1	moment	327	1	relax	357	1	stay	387	1	vaccine
298	1	morning	328	1	relieve	358	1	stopped	388	1	walk
299	1	motion	329	1	relieving	359	1	student	389	1	wanted
300	1	mouth	330	1	remove	360	1	stuff	390	1	warm
301	1	nationaly	331	1	repetitive	361	1	sudden	391	1	week
302	1	next	332	1	respiration	362	1	suffer	392	1	wheezing
303	1	nicopacth	333	1	review	363	1	sum	393	1	won
304	1	normally	334	1	rhythm	364	1	sure	394	1	work
305	1	o	335	1	said	365	1	susceptible	395	1	worry
306	1	oh	336	1	scarlet	366	1	suspect	396	1	worse
307	1	order	337	1	school	367	1	tafowo	397	1	worsen
308	1	pack	338	1	second	368	1	talk	398	1	writing
309	1	past	339	1	seem	369	1	talking	399	1	x
310	1	pazart	340	1	sensation	370	1	test	400	1	year
311	1	people	341	1	sense	371	1	thank			

Cas Clinique 5

#Lemma Types: 451
#Lemma Tokens: 743
#Search Hits: 0

1	6	lemma
2	5	type
3	3	activity
4	3	alcohol
5	3	also
6	3	american
7	3	beat
8	3	blood
9	3	born
10	3	bring
11	3	cardiovascular
12	3	check
13	3	cigarette
14	3	clinical
15	3	consciousness
16	3	d
17	3	date
18	3	day
19	3	diet
20	3	disease
21	3	donor
22	3	drink
23	3	dtp
24	3	eat
25	3	ever
26	3	every
27	3	exam
28	3	examine
29	3	example
30	3	fast
31	3	fatty
32	3	first
33	3	food
34	3	glass
35	3	going
36	3	good
37	3	group
38	3	health
39	3	hear
40	3	heart
41	3	hello
42	3	help
43	3	high
44	3	hit
45	3	important
46	3	know
47	3	let
48	3	like
49	3	little
50	3	m
51	3	many
52	3	mean
53	3	minute
54	3	ninety
55	3	normal
56	3	nothing
57	3	ok
58	3	old
59	3	one
60	3	organ
61	3	per
62	3	percussion
63	3	physical
64	3	please
65	3	prescribe
66	3	pressure
67	3	problem
68	3	pulse
69	3	question
70	3	rate
71	3	really
72	3	respiratory
73	3	search
74	3	sign
75	3	since
76	3	smoke
77	3	something
78	3	specific
79	3	sport
80	3	statins
81	3	tablet
82	3	tachycardia
83	3	take
84	3	temperature
85	3	think
86	3	today
87	3	token
88	3	treatment
89	3	vegetable
90	3	vital
91	3	walk
92	3	weight
93	3	yes
94	2	abnormal
95	2	another
96	2	anything
97	2	appetite
98	2	artery
99	2	ask
100	2	auscultation
101	2	better
102	2	birth
103	2	bite
104	2	breath
105	2	careful
106	2	cause
107	2	change
108	2	chest
109	2	complication
110	2	concerning
111	2	consultation
112	2	could
113	2	eighty
114	2	else
115	2	everything
116	2	fact
117	2	fainted
118	2	feel
119	2	fever
120	2	forget
121	2	fruit
122	2	go
123	2	habit
124	2	heartburn
125	2	history
126	2	home
127	2	hour
128	2	hundred
129	2	immunization
130	2	inspection
131	2	kidney
132	2	lead
133	2	less
134	2	life
135	2	lifestyle
136	2	linked
137	2	ll
138	2	long
139	2	lose
140	2	loss
141	2	lost
142	2	lot
143	2	make
144	2	maybe
145	2	means
146	2	measles
147	2	medical
148	2	mind
149	2	mr
150	2	much
151	2	mump
152	2	name
153	2	nausea
154	2	need
155	2	never
156	2	notice
157	2	numbness
158	2	often
159	2	palpation
160	2	particular
161	2	past
162	2	point
163	2	practice
164	2	re
165	2	regarding
166	2	regular
167	2	remember
168	2	rubella
169	2	said
170	2	salt
171	2	say
172	2	see
173	2	serious
174	2	sorry
175	2	special
176	2	start
177	2	still
178	2	stop
179	2	strange
180	2	stroke
181	2	suffer
182	2	sugar
183	2	symptom
184	2	thank
185	2	time
186	2	tingling
187	2	tobacco
188	2	trigger
189	2	vaccine
190	2	varicella
191	2	vomiting
192	2	walking
193	2	want
194	2	would
195	1	according
196	1	act
197	1	adapt
198	1	add
199	1	advice
200	1	ah
201	1	allergy
202	1	almost
203	1	alone
204	1	along
205	1	already
206	1	amount
207	1	answered
208	1	arms
209	1	attack
210	1	auscult
211	1	avoid
212	1	away
213	1	back
214	1	background
215	1	bad
216	1	balanced
217	1	beating
218	1	bed
219	1	begin
220	1	bleed
221	1	bleeding
222	1	boston
223	1	bp
224	1	bruits
225	1	bye
226	1	car
227	1	cardiac
228	1	case
229	1	changement
230	1	chaudron
231	1	checking
232	1	chickenpox
233	1	childhood
234	1	chill
235	1	cholesterol
236	1	chronic
237	1	climbing
238	1	come
239	1	complaint
240	1	complete
241	1	constant
242	1	continue
243	1	control
244	1	cook
245	1	correct
246	1	couch
247	1	course
248	1	cristofoli
249	1	curable
250	1	cure
251	1	cut
252	1	cycling
253	1	daily
254	1	damage
255	1	damay
256	1	decrease
257	1	detail
258	1	didn
259	1	dietary
260	1	dietician
261	1	different
262	1	difficult
263	1	diphteria
264	1	diphtheria
265	1	doesn
266	1	done
267	1	dot
268	1	dr
269	1	dress
270	1	drowsiness
271	1	elevator
272	1	end
273	1	ennouari
274	1	etc
275	1	even
276	1	event
277	1	events

278	1	everyday	322	1	intrusive	366	1	practise	410	1	tetanosis
279	1	evolution	323	1	involve	367	1	process	411	1	tetanus
280	1	examination	324	1	irregular	368	1	processed	412	1	things
281	1	except	325	1	irregularity	369	1	quit	413	1	thirty
282	1	exercise	326	1	keep	370	1	quite	414	1	thought
283	1	explain	327	1	known	371	1	r	415	1	three
284	1	factor	328	1	last	372	1	radiate	416	1	thrombose
285	1	faint	329	1	lay	373	1	receive	417	1	thromboses
286	1	fainting	330	1	lie	374	1	recently	418	1	tissue
287	1	fall	331	1	lining	375	1	reduce	419	1	told
288	1	far	332	1	listen	376	1	regularly	420	1	top
289	1	fat	333	1	look	377	1	regulate	421	1	totally
290	1	fatigue	334	1	lots	378	1	report	422	1	train
291	1	fifteen	335	1	low	379	1	rhesus	423	1	treat
292	1	fifty	336	1	lozere	380	1	rhythm	424	1	treated
293	1	find	337	1	lung	381	1	right	425	1	tried
294	1	fine	338	1	made	382	1	risk	426	1	try
295	1	finish	339	1	major	383	1	seem	427	1	u
296	1	firstly	340	1	man	384	1	sensation	428	1	use
297	1	flow	341	1	may	385	1	seven	429	1	usual
298	1	follow	342	1	medication	386	1	shirt	430	1	vaccinated
299	1	formerly	343	1	meet	387	1	sick	431	1	vaccination
300	1	found	344	1	mitanchez	388	1	skin	432	1	various
301	1	frequency	345	1	mmr	389	1	smoked	433	1	vessel
302	1	full	346	1	month	390	1	smoker	434	1	wall
303	1	get	347	1	morning	391	1	smoking	435	1	walls
304	1	give	348	1	move	392	1	sometime	436	1	weak
305	1	got	349	1	nationality	393	1	sometimes	437	1	weaken
306	1	great	350	1	next	394	1	stairs	438	1	weakness
307	1	greatful	351	1	nine	395	1	stay	439	1	weeks
308	1	half	352	1	o	396	1	stethoscope	440	1	well
309	1	happen	353	1	obligatory	397	1	store	441	1	whole
310	1	hbp	354	1	order	398	1	story	442	1	wien
311	1	healthy	355	1	outside	399	1	strain	443	1	wine
312	1	hi	356	1	painful	400	1	stressed	444	1	work
313	1	hyperpression	357	1	palp	401	1	suppose	445	1	worse
314	1	idea	358	1	palpate	402	1	sure	446	1	worsen
315	1	illness	359	1	part	403	1	swelling	447	1	worth
316	1	improve	360	1	pathology	404	1	swim	448	1	year
317	1	indeed	361	1	people	405	1	swimming	449	1	yesterday
318	1	information	362	1	perform	406	1	system	450	1	yoga
319	1	inside	363	1	pertussis	407	1	tab	451	1	young
320	1	intake	364	1	picture	408	1	tap			
321	1	intense	365	1	positive	409	1	tell			

Cas Clinique 6

#Lemma Types: 403
#Lemma Tokens: 682
#Search Hits: 0

1	6	lemma
2	5	type
3	3	age
4	3	alcohol
5	3	anxiety
6	3	anxious
7	3	anything
8	3	appetite
9	3	asthma
10	3	beat
11	3	blood
12	3	born
13	3	breath
14	3	bring
15	3	children
16	3	contraception
17	3	d
18	3	date
19	3	delivery
20	3	depress
21	3	depression
22	3	diagnosis
23	3	disease
24	3	drink
25	3	drug
26	3	else
27	3	ever
28	3	every
29	3	feel
30	3	give
31	3	going
32	3	health
33	3	hit
34	3	hospitalized
35	3	hundred
36	3	infection
37	3	last
38	3	like
39	3	long
40	3	lose
41	3	loss
42	3	m
43	3	maybe
44	3	menstruation
45	3	minute
46	3	month
47	3	mood
48	3	much
49	3	nauseous
50	3	ninety
51	3	normal
52	3	nothing
53	3	ok
54	3	one
55	3	pale
56	3	partum
57	3	per
58	3	period
59	3	post
60	3	pregnancy
61	3	pressure
62	3	problem
63	3	pulse
64	3	rate
65	3	remember
66	3	respiratory
67	3	rest
68	3	search
69	3	see
70	3	sexual
71	3	sign
72	3	since
73	3	specific
74	3	swing
75	3	symptom
76	3	tachycardia
77	3	take
78	3	temperature
79	3	think
80	3	times
81	3	token
82	3	transmitted
83	3	treatment
84	3	twenty
85	3	vital
86	3	week
87	3	weight
88	3	yes
89	2	advise
90	2	ago
91	2	ah
92	2	along
93	2	also
94	2	anger
95	2	angry
96	2	ask
97	2	auscultation
98	2	baby
99	2	bad
100	2	better
101	2	bite
102	2	breastfeed
103	2	c
104	2	cardiovascular
105	2	central
106	2	check
107	2	child
108	2	come
109	2	could
110	2	course
111	2	day
112	2	didn
113	2	eat
114	2	everything
115	2	examination
116	2	example
117	2	fatigue
118	2	feed
119	2	fever
120	2	final
121	2	first
122	2	friend
123	2	gain
124	2	gastrointestinal
125	2	good
126	2	heart
127	2	hello
128	2	help
129	2	inspect
130	2	inspection
131	2	know
132	2	listen
133	2	little
134	2	lot
135	2	lung
136	2	many
137	2	mind
138	2	moment
139	2	name
140	2	nausea
141	2	need
142	2	nervous
143	2	never
144	2	often
145	2	palpate
146	2	part
147	2	past
148	2	percussion
149	2	physical
150	2	please
151	2	pregnant
152	2	pretty
153	2	previous
154	2	question
155	2	quit
156	2	re
157	2	regarding
158	2	regular
159	2	right
160	2	said
161	2	say
162	2	sex
163	2	sexually
164	2	shirt
165	2	smoke
166	2	something
167	2	sorry
168	2	sport
169	2	start
170	2	suffer
171	2	suffering
172	2	sure
173	2	system
174	2	tap
175	2	thank
176	2	time
177	2	today
178	2	treated
179	2	two
180	2	urinary
181	2	use
182	2	ve
183	2	want
184	2	way
185	2	well
186	2	would
187	1	abdomen
188	1	abnormal
189	1	abortion
190	1	active
191	1	activity
192	1	actually
193	1	alexandre
194	1	always
195	1	another
196	1	answer
197	1	antidepressant
198	1	asking
199	1	attack
200	1	back
201	1	best
202	1	birth
203	1	body
204	1	bother
205	1	breast
206	1	call
207	1	cause
208	1	change
209	1	checked
210	1	childhood
211	1	chill
212	1	chronic
213	1	complexion
214	1	complicate
215	1	concerning
216	1	condom
217	1	consciousness
218	1	consultation
219	1	consume
220	1	continue
221	1	corticoids
222	1	dangerous
223	1	deliver
224	1	depend
225	1	detail
226	1	done
227	1	dr
228	1	drinking
229	1	drive
230	1	drowsy
231	1	easy
232	1	end
233	1	euvrard
234	1	even
235	1	exact
236	1	examinating
237	1	examine
238	1	explain
239	1	fadayat
240	1	family
241	1	far
242	1	father
243	1	feeling
244	1	felt
245	1	fermely
246	1	feverish
247	1	find
248	1	forget
249	1	found
250	1	four
251	1	frighten
252	1	full
253	1	garbuio
254	1	gastro
255	1	general
256	1	genital
257	1	genitourinary
258	1	get
259	1	glass
260	1	go
261	1	gonna
262	1	got
263	1	guaragna
264	1	haven
265	1	heal
266	1	heterosexual
267	1	history
268	1	home
269	1	hormone
270	1	hospital
271	1	hospitalization
272	1	hungry
273	1	identity
274	1	ill
275	1	illness
276	1	impact
277	1	important

278	1	increase	310	1	notice	342	1	runs	374	1	table
279	1	information	311	1	occur	343	1	sad	375	1	taking
280	1	intercourse	312	1	oh	344	1	safe	376	1	talk
281	1	intestinal	313	1	old	345	1	section	377	1	talking
282	1	intestine	314	1	order	346	1	seem	378	1	tell
283	1	intrusive	315	1	pallor	347	1	sense	379	1	tire
284	1	jut	316	1	palpation	348	1	serious	380	1	told
285	1	kind	317	1	parity	349	1	seventy	381	1	tow
286	1	lately	318	1	particular	350	1	sexuality	382	1	tract
287	1	later	319	1	particularly	351	1	shopping	383	1	tried
288	1	less	320	1	partner	352	1	shouldn	384	1	try
289	1	let	321	1	patient	353	1	skin	385	1	twelve
290	1	life	322	1	people	354	1	sleep	386	1	twice
291	1	lifestyle	323	1	perfect	355	1	sleeve	387	1	unborn
292	1	liquid	324	1	pill	356	1	smoked	388	1	understand
293	1	look	325	1	point	357	1	smoker	389	1	various
294	1	lost	326	1	postpartum	358	1	social	390	1	ventolin
295	1	low	327	1	present	359	1	sometimes	391	1	vomit
296	1	lymph	328	1	pression	360	1	soon	392	1	vomiting
297	1	make	329	1	psychiatric	361	1	spell	393	1	waist
298	1	malaise	330	1	psychologist	362	1	spot	394	1	weak
299	1	may	331	1	put	363	1	state	395	1	weakness
300	1	medical	332	1	really	364	1	stay	396	1	weeks
301	1	medication	333	1	receive	365	1	std	397	1	wine
302	1	milk	334	1	recent	366	1	sti	398	1	without
303	1	miscarriage	335	1	recently	367	1	still	399	1	woman
304	1	mrs	336	1	refer	368	1	stop	400	1	women
305	1	must	337	1	relax	369	1	strip	401	1	won
306	1	natural	338	1	repeat	370	1	suppose	402	1	works
307	1	neck	339	1	risk	371	1	surgery	403	1	year
308	1	nine	340	1	rolling	372	1	sweat			
309	1	node	341	1	routine	373	1	swollen			

Cas Clinique 7

#Lemma Types: 388
#Lemma Tokens: 617
#Search Hits: 0

1	6	lemma
2	4	type
3	3	allergy
4	3	alzheimer
5	3	ask
6	3	born
7	3	check
8	3	could
9	3	country
10	3	d
11	3	date
12	3	department
13	3	didn
14	3	disease
15	3	district
16	3	else
17	3	ever
18	3	exactly
19	3	exam
20	3	exposed
21	3	family
22	3	food
23	3	french
24	3	give
25	3	going
26	3	got
27	3	hello
28	3	help
29	3	hit
30	3	hospital
31	3	hospitalized
32	3	ifs
33	3	job
34	3	know
35	3	like
36	3	m
37	3	married
38	3	maybe
39	3	medication
40	3	memory
41	3	month
42	3	name
43	3	need
44	3	neurological
45	3	object
46	3	ok
47	3	please
48	3	question
49	3	re
50	3	really
51	3	remember
52	3	repeat
53	3	search
54	3	season
55	3	something
56	3	sorry
57	3	stop
58	3	substance
59	3	substract
60	3	sure
61	3	tell
62	3	think
63	3	time
64	3	tingling
65	3	today
66	3	token
67	3	told
68	3	town
69	3	treatment
70	3	want
71	3	year
72	3	yes
73	2	age
74	2	alive
75	2	anger
76	2	angry
77	2	answer
78	2	anything
79	2	birth
80	2	bite
81	2	brain
82	2	bring
83	2	brothers
84	2	calculation
85	2	cancer
86	2	cause
87	2	change
88	2	city
89	2	cure
90	2	day
91	2	deal
92	2	death
93	2	depress
94	2	diagnosis
95	2	die
96	2	difficult
97	2	eat
98	2	equipment
99	2	evolution
100	2	exercise
101	2	exposure
102	2	father
103	2	feeling
104	2	first
105	2	forget
106	2	get
107	2	good
108	2	headache
109	2	health
110	2	idea
111	2	kind
112	2	later
113	2	life
114	2	little
115	2	live
116	2	living
117	2	low
118	2	migraine
119	2	moment
120	2	mood
121	2	mother
122	2	news
123	2	numbness
124	2	occupation
125	2	office
126	2	peanut
127	2	pen
128	2	people
129	2	perfect
130	2	phone
131	2	place
132	2	post
133	2	prescribe
134	2	pretty
135	2	problem
136	2	recall
137	2	retired
138	2	right
139	2	say
140	2	show
141	2	sibling
142	2	sisters
143	2	start
144	2	still
145	2	subtract
146	2	symptom
147	2	table
148	2	take
149	2	thank
150	2	unfortunately
151	2	wear
152	2	word
153	2	worry
154	1	able
155	1	abnormal
156	1	according
157	1	advise
158	1	affect
159	1	afternoon
160	1	ago
161	1	allergic
162	1	almost
163	1	alone
164	1	along
165	1	already
166	1	also
167	1	anxiety
168	1	anxious
169	1	anyone
170	1	arms
171	1	attack
172	1	attention
173	1	back
174	1	bad
175	1	beginning
176	1	better
177	1	big
178	1	body
179	1	boy
180	1	brother
181	1	building
182	1	calculus
183	1	capacity
184	1	cardiovascular
185	1	care
186	1	caregiver
187	1	case
188	1	catch
189	1	chair
190	1	changing
191	1	charge
192	1	chemical
193	1	chronic
194	1	cognitive
195	1	come
196	1	common
197	1	conclude
198	1	constantly
199	1	consultation
200	1	cva
201	1	damage
202	1	daughter
203	1	dead
204	1	december
205	1	degenerescence
206	1	depend
207	1	depression
208	1	desk
209	1	develop
210	1	development
211	1	different
212	1	difficulty
213	1	dijon
214	1	disorder
215	1	doctor
216	1	door
217	1	drug
218	1	due
219	1	easy
220	1	effect
221	1	elder
222	1	elderly
223	1	environmental
224	1	ere
225	1	even
226	1	every
227	1	everything
228	1	examine
229	1	fast
230	1	fatal
231	1	feel
232	1	feet
233	1	fingers
234	1	firstly
235	1	five
236	1	forced
237	1	forgetting
238	1	france
239	1	full
240	1	function
241	1	functionality
242	1	gave
243	1	generally
244	1	genetic
245	1	giboulot
246	1	go
247	1	gonna
248	1	goussery
249	1	guess
250	1	h
251	1	hands
252	1	happen
253	1	headaches
254	1	history
255	1	home
256	1	hospitalisated
257	1	hour
258	1	house
259	1	identity
260	1	illness
261	1	imagery
262	1	impairment
263	1	important
264	1	improve
265	1	increase
266	1	keep
267	1	kill
268	1	learn
269	1	let
270	1	level
271	1	ll
272	1	long
273	1	lose
274	1	loss
275	1	lot
276	1	main
277	1	make

278	1	may	306	1	patient	334	1	score	362	1	swing
279	1	means	307	1	pencil	335	1	secondary	363	1	system
280	1	memorise	308	1	perform	336	1	see	364	1	terefenko
281	1	minutes	309	1	picture	337	1	sensation	365	1	term
282	1	mister	310	1	possible	338	1	sentence	366	1	test
283	1	mmse	311	1	probably	339	1	serious	367	1	testard
284	1	morning	312	1	progress	340	1	sick	368	1	thanks
285	1	move	313	1	protective	341	1	sign	369	1	things
286	1	nationality	314	1	psychiatric	342	1	simon	370	1	three
287	1	neurologic	315	1	psychiatrist	343	1	since	371	1	times
288	1	neurologicians	316	1	pulmonary	344	1	sister	372	1	tinglings
289	1	never	317	1	quick	345	1	slow	373	1	toxic
290	1	normal	318	1	reaction	346	1	slowly	374	1	treatable
291	1	notes	319	1	recently	347	1	solution	375	1	trouble
292	1	notice	320	1	recognize	348	1	someone	376	1	understand
293	1	numb	321	1	record	349	1	sometimes	377	1	watch
294	1	often	322	1	reduce	350	1	son	378	1	weakness
295	1	old	323	1	regarding	351	1	sordet	379	1	weird
296	1	one	324	1	registration	352	1	sort	380	1	well
297	1	operation	325	1	regularly	353	1	specialist	381	1	weren
298	1	p	326	1	remembering	354	1	specifically	382	1	work
299	1	pain	327	1	research	355	1	specq	383	1	works
300	1	painful	328	1	reverse	356	1	spread	384	1	worries
301	1	paper	329	1	rmi	357	1	spring	385	1	would
302	1	parent	330	1	run	358	1	stuff	386	1	write
303	1	paris	331	1	running	359	1	suffer	387	1	yesterday
304	1	part	332	1	runs	360	1	summer	388	1	yet
305	1	past	333	1	sad	361	1	suppose			

Cas Clinique 8

#Lemma Types: 469
#Lemma Tokens: 780
#Search Hits: 0

1	6	lemma
2	6	type
3	3	according
4	3	albumin
5	3	also
6	3	anything
7	3	ask
8	3	beat
9	3	birth
10	3	bite
11	3	blood
12	3	body
13	3	born
14	3	breath
15	3	bring
16	3	check
17	3	clinical
18	3	color
19	3	colour
20	3	d
21	3	dark
22	3	date
23	3	day
24	3	diabetes
25	3	diet
26	3	difficulty
27	3	disease
28	3	eat
29	3	eighty
30	3	every
31	3	exam
32	3	family
33	3	father
34	3	feel
35	3	fever
36	3	four
37	3	frequently
38	3	glycaemia
39	3	go
40	3	good
41	3	great
42	3	hello
43	3	history
44	3	hit
45	3	hours
46	3	hundred
47	3	injection
48	3	inspect
49	3	inspection
50	3	insulin
51	3	like
52	3	little
53	3	m
54	3	married
55	3	need
56	3	needed
57	3	normal
58	3	nothing
59	3	odour
60	3	oh
61	3	ok
62	3	old
63	3	one
64	3	palpate
65	3	particular
66	3	pee
67	3	per
68	3	percussion
69	3	play
70	3	please
71	3	prescribe
72	3	pressure
73	3	pulse
74	3	question
75	3	rate
76	3	re
77	3	regarding
78	3	respiratory
79	3	result
80	3	sample
81	3	search
82	3	see
83	3	sign
84	3	single
85	3	specific
86	3	sport
87	3	sugar
88	3	symptom
89	3	take
90	3	temperature
91	3	ten
92	3	tenderness
93	3	test
94	3	think
95	3	today
96	3	toilet
97	3	token
98	3	treatment
99	3	urgency
100	3	urinate
101	3	urine
102	3	vital
103	3	would
104	3	yes
105	3	yesterday
106	2	abdomen
107	2	abnormal
108	2	age
109	2	alive
110	2	alright
111	2	auscultation
112	2	bpm
113	2	brothers
114	2	cancer
115	2	chill
116	2	come
117	2	consciousness
118	2	consumption
119	2	control
120	2	cut
121	2	describe
122	2	dizziness
123	2	dizzy
124	2	especially
125	2	ever
126	2	everything
127	2	fainted
128	2	finally
129	2	find
130	2	fine
131	2	finish
132	2	first
133	2	football
134	2	found
135	2	frequency
136	2	general
137	2	give
138	2	gluten
139	2	going
140	2	got
141	2	hear
142	2	heart
143	2	help
144	2	high
145	2	important
146	2	inject
147	2	italian
148	2	know
149	2	lack
150	2	level
151	2	live
152	2	lot
153	2	lung
154	2	make
155	2	malaise
156	2	male
157	2	many
158	2	maybe
159	2	means
160	2	minute
161	2	mother
162	2	much
163	2	name
164	2	nationality
165	2	notice
166	2	often
167	2	pain
168	2	pass
169	2	practice
170	2	problem
171	2	protein
172	2	really
173	2	receive
174	2	recently
175	2	request
176	2	run
177	2	runs
178	2	say
179	2	since
180	2	sisters
181	2	start
182	2	still
183	2	suffer
184	2	tap
185	2	tender
186	2	thank
187	2	things
188	2	time
189	2	times
190	2	tire
191	2	treat
192	2	understand
193	2	unremarkable
194	2	urgent
195	2	water
196	2	weak
197	2	weakness
198	2	well
199	2	worry
200	2	young
201	1	able
202	1	activity
203	1	actually
204	1	address
205	1	advise
206	1	affect
207	1	afraid
208	1	agreement
209	1	ah
210	1	alimentation
211	1	allergy
212	1	along
213	1	always
214	1	among
215	1	amount
216	1	anorexia
217	1	anymore
218	1	anyone
219	1	appetite
220	1	arm
221	1	auscult
222	1	available
223	1	bad
224	1	balanced
225	1	basketball
226	1	bathroom
227	1	bed
228	1	beta
229	1	better
230	1	bleeding
231	1	bloody
232	1	bruising
233	1	c
234	1	call
235	1	called
236	1	candy
237	1	cardiovascular
238	1	careful
239	1	carefully
240	1	cell
241	1	change
242	1	chart
243	1	checked
244	1	checking
245	1	chest
246	1	children
247	1	chronic
248	1	chronical
249	1	clothe
250	1	complain
251	1	complaint
252	1	complementary
253	1	consist
254	1	containing
255	1	continue
256	1	correct
257	1	corresponding
258	1	could
259	1	curable
260	1	cure
261	1	deal
262	1	decrease
263	1	destruction
264	1	detect
265	1	detected
266	1	diabetic
267	1	didn
268	1	different
269	1	difficult
270	1	drowsy
271	1	else
272	1	end
273	1	enough
274	1	entire
275	1	episode
276	1	etc
277	1	everyone

278	1	exacerbate	326	1	layes	374	1	perfect	422	1	sort
279	1	examinate	327	1	learn	375	1	perform	423	1	special
280	1	examine	328	1	leger	376	1	permit	424	1	specialist
281	1	example	329	1	less	377	1	physical	425	1	specifical
282	1	explain	330	1	let	378	1	pieces	426	1	stethoscope
283	1	factor	331	1	leveque	379	1	plan	427	1	stomach
284	1	faint	332	1	life	380	1	possible	428	1	stool
285	1	fast	333	1	listen	381	1	presence	429	1	strong
286	1	feeling	334	1	ll	382	1	pression	430	1	succeed
287	1	felt	335	1	look	383	1	prevent	431	1	successful
288	1	feverish	336	1	losing	384	1	probably	432	1	sugary
289	1	follow	337	1	lost	385	1	product	433	1	suppose
290	1	following	338	1	low	386	1	pulmonary	434	1	sure
291	1	food	339	1	lymph	387	1	push	435	1	suspect
292	1	forget	340	1	managing	388	1	quite	436	1	sweat
293	1	gain	341	1	marlot	389	1	r	437	1	sweating
294	1	genital	342	1	mathematics	390	1	rash	438	1	swollen
295	1	girlfriend	343	1	may	391	1	reason	439	1	system
296	1	glass	344	1	mazouzi	392	1	recon	440	1	taking
297	1	gonna	345	1	meal	393	1	recover	441	1	talk
298	1	graglia	346	1	mean	394	1	reduce	442	1	talking
299	1	happen	347	1	measure	395	1	regule	443	1	tell
300	1	hard	348	1	might	396	1	relieving	444	1	thousand
301	1	head	349	1	mind	397	1	remember	445	1	tingling
302	1	headache	350	1	minutes	398	1	repeat	446	1	together
303	1	health	351	1	miss	399	1	requesting	447	1	told
304	1	heartburn	352	1	mom	400	1	require	448	1	touch
305	1	hereditary	353	1	moment	401	1	right	449	1	try
306	1	hereditate	354	1	mood	402	1	rome	450	1	tv
307	1	hold	355	1	mr	403	1	salt	451	1	two
308	1	hour	356	1	mrs	404	1	school	452	1	undergo
309	1	husband	357	1	mum	405	1	secretion	453	1	urinary
310	1	hypoglycemia	358	1	must	406	1	send	454	1	urination
311	1	idea	359	1	nausea	407	1	september	455	1	urining
312	1	identity	360	1	nauseous	408	1	severe	456	1	usual
313	1	immune	361	1	necessary	409	1	shirt	457	1	usually
314	1	information	362	1	normally	410	1	show	458	1	vivant
315	1	insomnia	363	1	note	411	1	sibling	459	1	vomit
316	1	instance	364	1	numbness	412	1	sick	460	1	want
317	1	intestine	365	1	painful	413	1	sing	461	1	wanted
318	1	k	366	1	palp	414	1	sit	462	1	way
319	1	kabalec	367	1	palpation	415	1	skin	463	1	weigh
320	1	kind	368	1	palpations	416	1	sleep	464	1	weird
321	1	knowing	369	1	parent	417	1	smell	465	1	welcome
322	1	lab	370	1	part	418	1	something	466	1	without
323	1	lamotte	371	1	passing	419	1	sometime	467	1	won
324	1	last	372	1	peeing	420	1	sometimes	468	1	work
325	1	lay	373	1	people	421	1	sorry	469	1	write

Cas Clinique 9

#Lemma Types: 510
#Lemma Tokens: 840
#Search Hits: 0

1	6	lemma
2	5	type
3	3	alcohol
4	3	also
5	3	anything
6	3	appetite
7	3	arm
8	3	bite
9	3	brain
10	3	check
11	3	cheek
12	3	chest
13	3	close
14	3	complementary
15	3	corticosteroid
16	3	d
17	3	day
18	3	diagnosis
19	3	disease
20	3	drink
21	3	drug
22	3	early
23	3	else
24	3	exam
25	3	eye
26	3	family
27	3	feel
28	3	forget
29	3	glass
30	3	going
31	3	good
32	3	happen
33	3	heel
34	3	hello
35	3	help
36	3	hit
37	3	job
38	3	know
39	3	left
40	3	leg
41	3	like
42	3	loss
43	3	m
44	3	make
45	3	many
46	3	movement
47	3	mri
48	3	multiple
49	3	name
50	3	need
51	3	normal
52	3	numbness
53	3	often
54	3	ok
55	3	old
56	3	one
57	3	pack
58	3	pain
59	3	pill
60	3	pin
61	3	please
62	3	prednisolone
63	3	problem
64	3	puff
65	3	question
66	3	re
67	3	right
68	3	sclerosis
69	3	search
70	3	see
71	3	sensitivity
72	3	shoulder
73	3	shrug
74	3	since
75	3	smoke
76	3	something
77	3	sorry
78	3	take
79	3	talk
80	3	tell
81	3	test
82	3	thank
83	3	times
84	3	tingling
85	3	tiptoe
86	3	tire
87	3	toe
88	3	token
89	3	toxic
90	3	use
91	3	vision
92	3	walk
93	3	weakness
94	3	weight
95	3	well
96	3	yes
97	2	affect
98	2	alright
99	2	ask
100	2	assess
101	2	attack
102	2	beat
103	2	better
104	2	birth
105	2	blurred
106	2	born
107	2	bring
108	2	buzzing
109	2	cardiovascular
110	2	cigarette
111	2	clench
112	2	completely
113	2	could
114	2	cranial
115	2	crisis
116	2	cure
117	2	date
118	2	device
119	2	difficult
120	2	difficulty
121	2	duty
122	2	eat
123	2	element
124	2	equipment
125	2	ever
126	2	every
127	2	examine
128	2	exposed
129	2	exposure
130	2	eyebrow
131	2	fatigue
132	2	feeling
133	2	finger
134	2	follow
135	2	fork
136	2	full
137	2	function
138	2	gain
139	2	gonna
140	2	got
141	2	hand
142	2	head
143	2	headache
144	2	headaches
145	2	history
146	2	inflammation
147	2	information
148	2	jaw
149	2	last
150	2	light
151	2	limb
152	2	ll
153	2	long
154	2	lost
155	2	major
156	2	maybe
157	2	medication
158	2	mg
159	2	migraine
160	2	motor
161	2	moving
162	2	much
163	2	muscle
164	2	needle
165	2	nerve
166	2	neurologic
167	2	nothing
168	2	notice
169	2	particular
170	2	per
171	2	perform
172	2	person
173	2	petit
174	2	photophobia
175	2	position
176	2	prescribe
177	2	protective
178	2	raising
179	2	really
180	2	reduce
181	2	relieve
182	2	remember
183	2	said
184	2	say
185	2	seizure
186	2	sensation
187	2	sharp
188	2	side
189	2	simple
190	2	skin
191	2	smile
192	2	social
193	2	soft
194	2	speaking
195	2	specific
196	2	spread
197	2	stay
198	2	stop
199	2	substance
200	2	sure
201	2	swallowing
202	2	symptom
203	2	things
204	2	think
205	2	thought
206	2	three
207	2	time
208	2	tobacco
209	2	today
210	2	toes
211	2	totally
212	2	touch
213	2	trauma
214	2	treatment
215	2	tremor
216	2	two
217	2	understand
218	2	ve
219	2	vibrating
220	2	vibration
221	2	walking
222	2	want
223	2	weak
224	2	wear
225	2	week
226	2	wine
227	2	worry
228	2	worse
229	2	yeah
230	1	abnormal
231	1	abnormality
232	1	according
233	1	action
234	1	activity
235	1	actual
236	1	actually
237	1	affected
238	1	afraid
239	1	age
240	1	ah
241	1	ahead
242	1	along
243	1	alterate
244	1	alternatively
245	1	always
246	1	anamnese
247	1	another
248	1	answer
249	1	antecedents
250	1	anyone
251	1	apart
252	1	arms
253	1	aspect
254	1	bad
255	1	bare
256	1	become
257	1	begin
258	1	big
259	1	blind
260	1	blunt
261	1	body
262	1	bone
263	1	bother
264	1	ca
265	1	called
266	1	cancer
267	1	cannot
268	1	caplet
269	1	cause
270	1	chemical
271	1	clinical
272	1	come
273	1	composition
274	1	concerning
275	1	constitutional
276	1	continuous
277	1	copy

278	1	correctly	337	1	great	396	1	occupational	455	1	shrugging
279	1	cotton	338	1	grind	397	1	occur	456	1	sibling
280	1	create	339	1	haven	398	1	onset	457	1	sick
281	1	curable	340	1	hear	399	1	open	458	1	sleep
282	1	current	341	1	heart	400	1	order	459	1	slow
283	1	damaging	342	1	hope	401	1	painful	460	1	slowly
284	1	dangerous	343	1	hospitalized	402	1	painless	461	1	smell
285	1	death	344	1	hurt	403	1	paper	462	1	smoker
286	1	decrease	345	1	identity	404	1	parent	463	1	smoking
287	1	decreased	346	1	ill	405	1	part	464	1	sometimes
288	1	definitely	347	1	imagery	406	1	patient	465	1	sound
289	1	degeneration	348	1	immune	407	1	peere	466	1	speak
290	1	degenerative	349	1	improve	408	1	pen	467	1	special
291	1	depend	350	1	incoordination	409	1	people	468	1	specialist
292	1	detect	351	1	incurable	410	1	pick	469	1	speed
293	1	developed	352	1	independent	411	1	picture	470	1	spot
294	1	discover	353	1	interesting	412	1	pierce	471	1	stage
295	1	dizziness	354	1	involve	413	1	practice	472	1	stand
296	1	doctor	355	1	isn	414	1	prednisone	473	1	start
297	1	doesn	356	1	jehanno	415	1	prescription	474	1	state
298	1	done	357	1	jut	416	1	prick	475	1	still
299	1	dr	358	1	kind	417	1	probably	476	1	straight
300	1	drive	359	1	kynesitherapie	418	1	progress	477	1	stuff
301	1	dust	360	1	lay	419	1	progression	478	1	suffering
302	1	ease	361	1	leguiff	420	1	progressively	479	1	system
303	1	employer	362	1	less	421	1	psychiatrist	480	1	term
304	1	especially	363	1	let	422	1	psychotherapist	481	1	testing
305	1	evaluate	364	1	life	423	1	pull	482	1	th
306	1	eventually	365	1	linked	424	1	purse	483	1	though
307	1	everyday	366	1	lip	425	1	put	484	1	tight
308	1	everything	367	1	little	426	1	py	485	1	tightness
309	1	evolution	368	1	live	427	1	quit	486	1	tomorrow
310	1	experienced	369	1	look	428	1	ragondet	487	1	tongue
311	1	explain	370	1	lose	429	1	raise	488	1	tooth
312	1	face	371	1	lot	430	1	rd	489	1	treat
313	1	facial	372	1	low	431	1	ready	490	1	trouble
314	1	fact	373	1	machine	432	1	reason	491	1	tumor
315	1	faint	374	1	made	433	1	recently	492	1	tuning
316	1	fainting	375	1	maladie	434	1	recover	493	1	unaided
317	1	fast	376	1	mean	435	1	reeducation	494	1	undergo
318	1	felt	377	1	means	436	1	refer	495	1	understanding
319	1	female	378	1	mind	437	1	remind	496	1	upper
320	1	feminine	379	1	minutes	438	1	repeat	497	1	vertigo
321	1	final	380	1	miss	439	1	respond	498	1	wanna
322	1	finally	381	1	moment	440	1	rest	499	1	welcome
323	1	find	382	1	month	441	1	result	500	1	without
324	1	finished	383	1	morning	442	1	rhythm	501	1	won
325	1	first	384	1	move	443	1	risk	502	1	wool
326	1	foot	385	1	mrs	444	1	runs	503	1	word
327	1	found	386	1	n	445	1	safest	504	1	work
328	1	frequency	387	1	naturel	446	1	save	505	1	would
329	1	front	388	1	neurological	447	1	scare	506	1	write
330	1	funny	389	1	new	448	1	seeing	507	1	wrong
331	1	general	390	1	next	449	1	seller	508	1	year
332	1	generally	391	1	night	450	1	sense	509	1	yet
333	1	get	392	1	noise	451	1	sensible	510	1	younger
334	1	give	393	1	noisy	452	1	sensory			
335	1	giving	394	1	numb	453	1	sep			
336	1	go	395	1	occupation	454	1	serious			

Cas Clinique 10

#Lemma Types: 399
#Lemma Tokens: 671
#Search Hits: 0

1	6	lemma
2	5	type
3	3	abdomen
4	3	abnormal
5	3	acute
6	3	allergy
7	3	anything
8	3	appendectomy
9	3	appendicitis
10	3	ask
11	3	belly
12	3	better
13	3	blood
14	3	born
15	3	breath
16	3	cat
17	3	cell
18	3	check
19	3	clinical
20	3	complementary
21	3	count
22	3	d
23	3	doctor
24	3	exam
25	3	family
26	3	feel
27	3	food
28	3	full
29	3	going
30	3	good
31	3	hear
32	3	hello
33	3	hit
34	3	important
35	3	know
36	3	little
37	3	live
38	3	m
39	3	make
40	3	medication
41	3	minute
42	3	mom
43	3	morning
44	3	name
45	3	ninety
46	3	nothing
47	3	ok
48	3	old
49	3	one
50	3	pain
51	3	palpation
52	3	part
53	3	per
54	3	percussion
55	3	please
56	3	position
57	3	pressure
58	3	pulse
59	3	r
60	3	rash
61	3	rate
62	3	re
63	3	reaction
64	3	relieve
65	3	respiratory
66	3	result
67	3	search
68	3	see
69	3	sign
70	3	sorry
71	3	sound
72	3	start
73	3	surgery
74	3	take
75	3	temperature
76	3	tenderness
77	3	thirty
78	3	time
79	3	token
80	3	treatment
81	3	vital
82	3	white
83	3	worry
84	3	worse
85	3	worst
86	3	year
87	3	yes
88	3	yesterday
89	2	another
90	2	appendicectomy
91	2	auscultation
92	2	back
93	2	bad
94	2	beat
95	2	birth
96	2	bite
97	2	body
98	2	bring
99	2	called
100	2	cause
101	2	closest
102	2	come
103	2	constant
104	2	corpuscular
105	2	couch
106	2	could
107	2	date
108	2	day
109	2	describe
110	2	diagnosis
111	2	else
112	2	erythrocyte
113	2	esr
114	2	evening
115	2	exacerbate
116	2	explain
117	2	fbc
118	2	fever
119	2	finally
120	2	fine
121	2	give
122	2	go
123	2	happen
124	2	hematocrit
125	2	hemoglobin
126	2	high
127	2	home
128	2	hospital
129	2	hurt
130	2	inflammation
131	2	information
132	2	inspect
133	2	inspection
134	2	kin
135	2	last
136	2	leukocyte
137	2	like
138	2	listen
139	2	maybe
140	2	mcv
141	2	mean
142	2	means
143	2	member
144	2	mmhg
145	2	must
146	2	need
147	2	next
148	2	normal
149	2	pale
150	2	palpate
151	2	platelet
152	2	problem
153	2	put
154	2	quite
155	2	really
156	2	remarkable
157	2	remember
158	2	remove
159	2	right
160	2	sample
161	2	shirt
162	2	since
163	2	skin
164	2	something
165	2	son
166	2	suffer
167	2	sure
168	2	system
169	2	tap
170	2	tell
171	2	thank
172	2	thanks
173	2	think
174	2	thrombocyte
175	2	today
176	2	told
177	2	volume
178	2	well
179	2	without
180	1	afraid
181	1	afternoon
182	1	age
183	1	agree
184	1	allergic
185	1	along
186	1	also
187	1	always
188	1	anaesthesist
189	1	anymore
190	1	appear
191	1	appendicis
192	1	appendix
193	1	arm
194	1	asthma
195	1	auscult
196	1	bacterium
197	1	begin
198	1	bend
199	1	blocking
200	1	bocquillon
201	1	bottom
202	1	bowel
203	1	breathe
204	1	c
205	1	calculate
206	1	call
207	1	cameron
208	1	carry
209	1	causing
210	1	certain
211	1	chance
212	1	checked
213	1	child
214	1	cholesterol
215	1	common
216	1	composition
217	1	concerning
218	1	confirm
219	1	consistent
220	1	deal
221	1	detail
222	1	device
223	1	diagnose
224	1	difficult
225	1	directly
226	1	discover
227	1	disease
228	1	doc
229	1	done
230	1	ear
231	1	easily
232	1	eat
233	1	ecr
234	1	eighty
235	1	energy
236	1	etc
237	1	ever
238	1	everything
239	1	examinate
240	1	examine
241	1	explication
242	1	fast
243	1	feverish
244	1	final
245	1	find
246	1	first
247	1	flat
248	1	found
249	1	frieger
250	1	fur
251	1	gastro
252	1	gastrointestinal
253	1	general
254	1	glycaemia
255	1	graduate
256	1	grass
257	1	grow
258	1	hard
259	1	heart
260	1	help
261	1	hida
262	1	higher
263	1	hospitalization
264	1	hospitalized
265	1	hour
266	1	hundred
267	1	identity
268	1	immediately
269	1	immune
270	1	incision
271	1	infect
272	1	inflamated
273	1	inflame
274	1	inflammated
275	1	intense
276	1	intensive
277	1	intestinal

278	1	intestine	309	1	nutrient	340	1	react	371	1	suddenly
279	1	invasive	310	1	oh	341	1	reason	372	1	sugar
280	1	irradiate	311	1	operate	342	1	received	373	1	surgeon
281	1	large	312	1	operation	343	1	relieved	374	1	swollen
282	1	le	313	1	order	344	1	reliever	375	1	talk
283	1	learn	314	1	organ	345	1	repeat	376	1	talking
284	1	leave	315	1	oxygen	346	1	request	377	1	tender
285	1	level	316	1	painful	347	1	requested	378	1	test
286	1	lie	317	1	painless	348	1	respiration	379	1	thought
287	1	ling	318	1	pallor	349	1	safe	380	1	three
288	1	ll	319	1	parsaeian	350	1	say	381	1	thrombocytes
289	1	long	320	1	particular	351	1	scale	382	1	touch
290	1	lunch	321	1	patient	352	1	scary	383	1	tried
291	1	lung	322	1	pebayle	353	1	scratchy	384	1	trigger
292	1	lying	323	1	penicillin	354	1	sedimentary	385	1	tummy
293	1	many	324	1	perfect	355	1	sedimentation	386	1	twenty
294	1	mater	325	1	perform	356	1	severe	387	1	two
295	1	meal	326	1	pet	357	1	sharp	388	1	undergo
296	1	measure	327	1	pm	358	1	shooting	389	1	understand
297	1	mercury	328	1	point	359	1	si	390	1	used
298	1	millimetres	329	1	police	360	1	side	391	1	useless
299	1	minutes	330	1	policy	361	1	sleeping	392	1	vomit
300	1	mommy	331	1	prescribe	362	1	sleepy	393	1	wake
301	1	mrs	332	1	present	363	1	solution	394	1	want
302	1	much	333	1	presentation	364	1	spell	395	1	week
303	1	mummy	334	1	pretty	365	1	stabbing	396	1	won
304	1	necessary	335	1	professional	366	1	stethoscope	397	1	worsen
305	1	nineteen	336	1	question	367	1	stomach	398	1	would
306	1	normally	337	1	quick	368	1	stomachache	399	1	wrong
307	1	numb	338	1	radiating	369	1	strong			
308	1	nune	339	1	rare	370	1	succeed			

Cas Clinique 11

#Lemma Types: 372
#Lemma Tokens: 573
#Search Hits: 0

1	6	lemma	69	2	ask	140	1	actually	211	1	examinate
2	3	appetite	70	2	boston	141	1	allergy	212	1	examination
3	3	bad	71	2	bring	142	1	alright	213	1	example
4	3	birth	72	2	cancer	143	1	another	214	1	explain
5	3	blood	73	2	cardiovascular	144	1	anyone	215	1	exposed
6	3	born	74	2	cell	145	1	anything	216	1	exposition
7	3	check	75	2	change	146	1	appointment	217	1	fainted
8	3	count	76	2	colour	147	1	assume	218	1	fall
9	3	d	77	2	come	148	1	attack	219	1	fbc
10	3	date	78	2	complementary	149	1	back	220	1	feel
11	3	day	79	2	could	150	1	beat	221	1	female
12	3	diarrhea	80	2	death	151	1	belly	222	1	fever
13	3	diet	81	2	diabetes	152	1	better	223	1	find
14	3	disease	82	2	didn	153	1	big	224	1	finished
15	3	eighty	83	2	eat	154	1	bite	225	1	functioning
16	3	every	84	2	empty	155	1	black	226	1	gastro
17	3	family	85	2	exam	156	1	body	227	1	general
18	3	fasting	86	2	father	157	1	bone	228	1	gland
19	3	glycaemia	87	2	fatigue	158	1	bowel	229	1	good
20	3	hello	88	2	feeling	159	1	bowels	230	1	got
21	3	history	89	2	fine	160	1	brain	231	1	guess
22	3	hit	90	2	first	161	1	breath	232	1	habit
23	3	hundred	91	2	full	162	1	c	233	1	happening
24	3	hypothyroidism	92	2	gastrointestinal	163	1	call	234	1	haven
25	3	important	93	2	genetics	164	1	called	235	1	hdl
26	3	levothyrox	94	2	give	165	1	carado	236	1	hi
27	3	life	95	2	go	166	1	careful	237	1	high
28	3	lipids	96	2	going	167	1	case	238	1	hope
29	3	married	97	2	health	168	1	cause	239	1	id
30	3	medication	98	2	heart	169	1	celsius	240	1	ill
31	3	mouth	99	2	hormone	170	1	chair	241	1	information
32	3	name	100	2	know	171	1	chappe	242	1	job
33	3	nausea	101	2	level	172	1	chetouh	243	1	jut
34	3	normal	102	2	like	173	1	cholesterol	244	1	keep
35	3	ok	103	2	lose	174	1	chronic	245	1	kg
36	3	old	104	2	loss	175	1	complicate	246	1	kilo
37	3	one	105	2	lost	176	1	constipated	247	1	laboratory
38	3	pain	106	2	lot	177	1	constipation	248	1	last
39	3	per	107	2	low	178	1	consultation	249	1	less
40	3	pill	108	2	m	179	1	correct	250	1	let
41	3	please	109	2	mother	180	1	course	251	1	leucocyte
42	3	prescribe	110	2	mrs	181	1	cure	252	1	lhl
43	3	pressure	111	2	need	182	1	deal	253	1	lifestyle
44	3	problem	112	2	particularly	183	1	december	254	1	linked
45	3	pulse	113	2	place	184	1	decision	255	1	lipid
46	3	rate	114	2	precise	185	1	degree	256	1	little
47	3	re	115	2	question	186	1	delivered	257	1	ll
48	3	respiratory	116	2	roll	187	1	diabetic	258	1	make
49	3	result	117	2	runs	188	1	diagnosis	259	1	many
50	3	search	118	2	sample	189	1	die	260	1	maths
51	3	see	119	2	seem	190	1	different	261	1	may
52	3	sign	120	2	single	191	1	difficulty	262	1	maybe
53	3	specific	121	2	sleep	192	1	directly	263	1	meal
54	3	stool	122	2	sleeve	193	1	disappear	264	1	means
55	3	take	123	2	something	194	1	doctor	265	1	measure
56	3	temperature	124	2	stomach	195	1	doesn	266	1	medical
57	3	think	125	2	swelling	196	1	easy	267	1	mercury
58	3	thyroid	126	2	symptom	197	1	eating	268	1	metabolism
59	3	token	127	2	tell	198	1	effect	269	1	michon
60	3	type	128	2	test	199	1	eighteen	270	1	millimeter
61	3	vital	129	2	thanks	200	1	elbow	271	1	minute
62	3	weight	130	2	things	201	1	electrolyte	272	1	miss
63	3	yes	131	2	today	202	1	else	273	1	moinet
64	2	abdomen	132	2	treat	203	1	enough	274	1	mom
65	2	age	133	2	treatment	204	1	entire	275	1	moment
66	2	along	134	2	vomit	205	1	erythrocyte	276	1	month
67	2	also	135	2	would	206	1	especially	277	1	movement
68	2	american	136	1	ab	207	1	estimate	278	1	much
			137	1	abdominal	208	1	even	279	1	mureault
			138	1	according	209	1	everytime	280	1	nationality
			139	1	activity	210	1	evolution	281	1	nauseous

282	1	neck	305	1	prescription	328	1	serious	351	1	time
283	1	needle	306	1	pretty	329	1	serology	352	1	tingling
284	1	new	307	1	r	330	1	severe	353	1	tire
285	1	news	308	1	really	331	1	show	354	1	told
286	1	norm	309	1	reduce	332	1	sick	355	1	totally
287	1	nothing	310	1	regarding	333	1	sing	356	1	tract
288	1	notice	311	1	regulate	334	1	skin	357	1	treatable
289	1	numbness	312	1	regulated	335	1	sleeping	358	1	treated
290	1	nutrition	313	1	relax	336	1	small	359	1	triglyceride
291	1	odour	314	1	relevant	337	1	soda	360	1	tsh
292	1	oh	315	1	relieve	338	1	speak	361	1	two
293	1	orally	316	1	remember	339	1	special	362	1	ve
294	1	panel	317	1	repeat	340	1	start	363	1	virus
295	1	part	318	1	replace	341	1	stroke	364	1	want
296	1	pass	319	1	requested	342	1	suffer	365	1	water
297	1	people	320	1	resection	343	1	sure	366	1	weak
298	1	permit	321	1	rest	344	1	system	367	1	well
299	1	pin	322	1	right	345	1	telling	368	1	white
300	1	platelet	323	1	run	346	1	tension	369	1	word
301	1	possible	324	1	say	347	1	thank	370	1	work
302	1	precision	325	1	seating	348	1	throat	371	1	wrist
303	1	predisposition	326	1	secrete	349	1	thrombocyte	372	1	wrong
304	1	prescribed	327	1	sense	350	1	thyroidism			

Cas Clinique 12

#Lemma Types: 450
#Lemma Tokens: 749
#Search Hits: 0

1	6	lemma
2	4	type
3	3	address
4	3	age
5	3	anything
6	3	ask
7	3	asthma
8	3	auscultation
9	3	bad
10	3	birth
11	3	bite
12	3	blood
13	3	born
14	3	breath
15	3	bring
16	3	case
17	3	cause
18	3	check
19	3	chest
20	3	clot
21	3	compression
22	3	ct
23	3	d
24	3	date
25	3	disease
26	3	ecg
27	3	else
28	3	embolism
29	3	everything
30	3	exam
31	3	examine
32	3	family
33	3	fast
34	3	father
35	3	fbc
36	3	first
37	3	german
38	3	get
39	3	go
40	3	going
41	3	good
42	3	health
43	3	hear
44	3	hello
45	3	heparin
46	3	high
47	3	history
48	3	hit
49	3	increased
50	3	iv
51	3	know
52	3	like
53	3	little
54	3	lung
55	3	m
56	3	married
57	3	name
58	3	need
59	3	normal
60	3	nothing
61	3	notice
62	3	ok
63	3	one
64	3	pain
65	3	per
66	3	please
67	3	position
68	3	pressure
69	3	problem
70	3	pulmonary
71	3	pulse
72	3	rate
73	3	re
74	3	respiratory
75	3	result
76	3	scan
77	3	search
78	3	seventy
79	3	sign
80	3	something
81	3	sorry
82	3	sound
83	3	specific
84	3	start
85	3	stocking
86	3	symptom
87	3	take
88	3	tell
89	3	temperature
90	3	thirty
91	3	time
92	3	today
93	3	token
94	3	treat
95	3	treatment
96	3	vital
97	3	wear
98	3	worry
99	3	would
100	3	yes
101	2	abnormal
102	2	acute
103	2	ago
104	2	along
105	2	also
106	2	always
107	2	anticoagulant
108	2	beat
109	2	begin
110	2	better
111	2	cancer
112	2	cell
113	2	checked
114	2	circulation
115	2	clinical
116	2	come
117	2	coming
118	2	complementary
119	2	constant
120	2	could
121	2	describe
122	2	didn
123	2	die
124	2	difficulty
125	2	draw
126	2	dyspnea
127	2	early
128	2	explain
129	2	fine
130	2	flight
131	2	follow
132	2	give
133	2	got
134	2	hamburg
135	2	happen
136	2	heart
137	2	help
138	2	home
139	2	hospital
140	2	hours
141	2	hundred
142	2	idea
143	2	increasing
144	2	inspection
145	2	isn
146	2	let
147	2	listen
148	2	live
149	2	long
150	2	many
151	2	maybe
152	2	mean
153	2	minute
154	2	moment
155	2	mother
156	2	old
157	2	order
158	2	palpation
159	2	parent
160	2	percussion
161	2	physical
162	2	prescribe
163	2	pretty
164	2	quite
165	2	r
166	2	really
167	2	received
168	2	relieve
169	2	repeat
170	2	respiration
171	2	right
172	2	runs
173	2	said
174	2	say
175	2	see
176	2	seem
177	2	shortness
178	2	sibling
179	2	since
180	2	single
181	2	stabbing
182	2	stay
183	2	system
184	2	tap
185	2	test
186	2	thank
187	2	think
188	2	told
189	2	treated
190	2	trigger
191	2	ve
192	2	ventolin
193	2	well
194	2	work
195	2	worse
196	1	affect
197	1	agree
198	1	alive
199	1	allow
200	1	almost
201	1	alright
202	1	anxiety
203	1	approximately
204	1	arm
205	1	arrive
206	1	artery
207	1	associate
208	1	auscult
209	1	avoid
210	1	base
211	1	big
212	1	binet
213	1	body
214	1	breathe
215	1	breathlessness
216	1	brother
217	1	brothers
218	1	c
219	1	call
220	1	calm
221	1	cardiac
222	1	cardiovascular
223	1	character
224	1	choice
225	1	circonscrive
226	1	circulate
227	1	clear
228	1	clog
229	1	cloth
230	1	clothe
231	1	coagulate
232	1	composition
233	1	comprehension
234	1	compress
235	1	concerning
236	1	confirm
237	1	considering
238	1	constrictive
239	1	consultation
240	1	continue
241	1	cope
242	1	correct
243	1	couch
244	1	count
245	1	country
246	1	course
247	1	crackle
248	1	create
249	1	cure
250	1	cyclic
251	1	day
252	1	death
253	1	detail
254	1	detect
255	1	detected
256	1	diagnose
257	1	diagnosis
258	1	disappear
259	1	doctor
260	1	doesn
261	1	dr
262	1	electrocardiogram
263	1	emboly
264	1	emergency
265	1	enough
266	1	er
267	1	even
268	1	eventually
269	1	ever
270	1	every
271	1	exacerbate
272	1	examinate
273	1	examination
274	1	example
275	1	excru
276	1	excruciating
277	1	fact

278	1	factor	322	1	lying	366	1	past	410	1	slip
279	1	fault	323	1	mabrouki	367	1	people	411	1	sometimes
280	1	fever	324	1	machine	368	1	permit	412	1	soon
281	1	feverish	325	1	madam	369	1	persist	413	1	specifical
282	1	fibroscopy	326	1	made	370	1	plane	414	1	specifically
283	1	fill	327	1	mahr	371	1	platelet	415	1	spell
284	1	fiture	328	1	main	372	1	poiffaut	416	1	state
285	1	flow	329	1	make	373	1	prelot	417	1	status
286	1	fluid	330	1	marital	374	1	prescription	418	1	still
287	1	fly	331	1	may	375	1	prevent	419	1	stokcings
288	1	forget	332	1	means	376	1	prevention	420	1	stop
289	1	form	333	1	medical	377	1	probably	421	1	study
290	1	found	334	1	medication	378	1	pulsation	422	1	sudden
291	1	full	335	1	meet	379	1	put	423	1	suddenly
292	1	future	336	1	member	380	1	question	424	1	surgery
293	1	germany	337	1	mind	381	1	radiating	425	1	swollen
294	1	gonna	338	1	minutes	382	1	radiation	426	1	talk
295	1	gradually	339	1	miss	383	1	rcg	427	1	therapy
296	1	graduation	340	1	mom	384	1	reach	428	1	thick
297	1	great	341	1	morning	385	1	receive	429	1	thirteen
298	1	habitual	342	1	mr	386	1	recent	430	1	throbbing
299	1	hard	343	1	mrs	387	1	regarding	431	1	times
300	1	hearty	344	1	much	388	1	regular	432	1	top
301	1	hereditate	345	1	mulhaupt	389	1	relieving	433	1	u
302	1	hospitalized	346	1	must	390	1	remarkable	434	1	unclog
303	1	hug	347	1	nagging	391	1	remember	435	1	undergo
304	1	hurt	348	1	nationality	392	1	reveal	436	1	unremarkable
305	1	identity	349	1	nausea	393	1	risk	437	1	usually
306	1	im	350	1	necessary	394	1	room	438	1	vein
307	1	image	351	1	neck	395	1	roy	439	1	venous
308	1	important	352	1	news	396	1	rule	440	1	vessel
309	1	information	353	1	nice	397	1	run	441	1	want
310	1	inside	354	1	node	398	1	sample	442	1	way
311	1	inspect	355	1	norm	399	1	scale	443	1	weeks
312	1	intravenal	356	1	normally	400	1	schill	444	1	woman
313	1	intravenous	357	1	obstruct	401	1	send	445	1	worses
314	1	investigation	358	1	obstructed	402	1	serious	446	1	wrong
315	1	issue	359	1	oh	403	1	seven	447	1	yeah
316	1	landed	360	1	operate	404	1	severe	448	1	year
317	1	lerat	361	1	organ	405	1	short	449	1	yesterday
318	1	lie	362	1	painkiller	406	1	simple	450	1	young
319	1	limit	363	1	palpate	407	1	sisters			
320	1	look	364	1	part	408	1	sleep			
321	1	loose	365	1	particular	409	1	sleeping			

Cas Clinique 13

#Lemma Types: 457
#Lemma Tokens: 806
#Search Hits: 0

1	6	lemma
2	5	type
3	3	alcohol
4	3	anticoagulant
5	3	arms
6	3	artery
7	3	ask
8	3	attack
9	3	bare
10	3	blood
11	3	born
12	3	carotid
13	3	change
14	3	check
15	3	cheek
16	3	cigarette
17	3	close
18	3	complementary
19	3	could
20	3	cranial
21	3	d
22	3	day
23	3	diagnosis
24	3	difficulty
25	3	disease
26	3	drink
27	3	drug
28	3	eighty
29	3	ever
30	3	every
31	3	exam
32	3	eye
33	3	family
34	3	feel
35	3	feet
36	3	fifty
37	3	first
38	3	gait
39	3	give
40	3	go
41	3	going
42	3	gonna
43	3	good
44	3	habit
45	3	happen
46	3	heel
47	3	hello
48	3	hit
49	3	ischemic
50	3	jut
51	3	know
52	3	left
53	3	let
54	3	lifestyle
55	3	like
56	3	m
57	3	make
58	3	many
59	3	married
60	3	maybe
61	3	name
62	3	need
63	3	nerve
64	3	nothing
65	3	notice
66	3	numbness
67	3	ok
68	3	old
69	3	one
70	3	per
71	3	please
72	3	pressure
73	3	problem
74	3	puff
75	3	pulse
76	3	put
77	3	question
78	3	rate
79	3	re
80	3	really
81	3	respiratory
82	3	result
83	3	scan
84	3	search
85	3	sense
86	3	shoulder
87	3	side
88	3	sign
89	3	since
90	3	smell
91	3	smoke
92	3	smoker
93	3	smoking
94	3	spanish
95	3	speaking
96	3	start
97	3	stick
98	3	stop
99	3	stroke
100	3	sure
101	3	take
102	3	tell
103	3	temperature
104	3	test
105	3	therapy
106	3	think
107	3	tingling
108	3	tiptoe
109	3	toe
110	3	together
111	3	token
112	3	tongue
113	3	tooth
114	3	transient
115	3	treatment
116	3	vital
117	3	walk
118	3	weak
119	3	would
120	3	year
121	3	yes
122	2	age
123	2	alright
124	2	another
125	2	anything
126	2	arm
127	2	assess
128	2	beat
129	2	better
130	2	bite
131	2	body
132	2	brain
133	2	breath
134	2	bring
135	2	cancer
136	2	cannot
137	2	cardiovascular
138	2	catch
139	2	cause
140	2	chill
141	2	clot
142	2	come
143	2	death
144	2	doesn
145	2	drive
146	2	eat
147	2	everything
148	2	examination
149	2	example
150	2	eyebrow
151	2	face
152	2	facial
153	2	father
154	2	feeling
155	2	fine
156	2	flow
157	2	fluid
158	2	follow
159	2	glass
160	2	got
161	2	head
162	2	help
163	2	high
164	2	history
165	2	illness
166	2	image
167	2	job
168	2	little
169	2	look
170	2	lot
171	2	madrid
172	2	man
173	2	mental
174	2	minute
175	2	mother
176	2	mouth
177	2	move
178	2	movement
179	2	muscle
180	2	neck
181	2	odour
182	2	often
183	2	open
184	2	order
185	2	pain
186	2	perfect
187	2	prescribe
188	2	prevent
189	2	push
190	2	raise
191	2	recently
192	2	right
193	2	risk
194	2	roll
195	2	room
196	2	runs
197	2	said
198	2	see
199	2	show
200	2	shrug
201	2	something
202	2	sometimes
203	2	sorry
204	2	stand
205	2	stay
206	2	swinging
207	2	things
208	2	tight
209	2	tobacco
210	2	today
211	2	told
212	2	trauma
213	2	use
214	2	ve
215	2	vertigo
216	2	walking
217	2	want
218	2	week
219	2	whisky
220	2	wife
221	2	without
222	2	work
223	2	worse
224	1	accessory
225	1	according
226	1	across
227	1	afternoon
228	1	along
229	1	also
230	1	anyone
231	1	appetite
232	1	appointment
233	1	around
234	1	aspirin
235	1	ay
236	1	balance
237	1	begin
238	1	beginning
239	1	behind
240	1	birth
241	1	block
242	1	blockage
243	1	bowels
244	1	breakfast
245	1	breathe
246	1	brother
247	1	brothers
248	1	bruising
249	1	called
250	1	car
251	1	case
252	1	chart
253	1	cigar
254	1	clench
255	1	coagulation
256	1	colleague
257	1	command
258	1	consequence
259	1	consigny
260	1	consistent
261	1	consultation
262	1	continue
263	1	conversation
264	1	course
265	1	create
266	1	cva
267	1	dangerous
268	1	date
269	1	deal
270	1	detail
271	1	diagnose
272	1	die
273	1	different
274	1	done
275	1	drinking
276	1	drouin
277	1	drowsy

278	1	dying	323	1	higher	368	1	organ	413	1	someone
279	1	easy	324	1	hundred	369	1	oxygen	414	1	somewhere
280	1	eating	325	1	hurt	370	1	pack	415	1	special
281	1	eight	326	1	hypogloss	371	1	part	416	1	specifically
282	1	else	327	1	identity	372	1	past	417	1	speech
283	1	enough	328	1	ill	373	1	patient	418	1	spoke
284	1	episode	329	1	improve	374	1	pen	419	1	stability
285	1	even	330	1	incoordination	375	1	perform	420	1	status
286	1	event	331	1	information	376	1	physical	421	1	still
287	1	eventually	332	1	inside	377	1	power	422	1	straight
288	1	everyday	333	1	instantly	378	1	present	423	1	suffer
289	1	exercise	334	1	isn	379	1	probably	424	1	supply
290	1	explain	335	1	jaw	380	1	procedure	425	1	support
291	1	exposed	336	1	keep	381	1	product	426	1	surgeon
292	1	expression	337	1	last	382	1	pulmonary	427	1	swallow
293	1	factor	338	1	latif	383	1	quite	428	1	sweat
294	1	faint	339	1	lead	384	1	raising	429	1	swing
295	1	fall	340	1	leg	385	1	ray	430	1	symptom
296	1	fantastic	341	1	life	386	1	recidivism	431	1	thank
297	1	fatigue	342	1	lighthead	387	1	reduce	432	1	thinner
298	1	fell	343	1	limb	388	1	remind	433	1	three
299	1	felt	344	1	ll	389	1	reproduce	434	1	tia
300	1	fever	345	1	loss	390	1	retired	435	1	time
301	1	fifteen	346	1	lower	391	1	romberg	436	1	times
302	1	fill	347	1	making	392	1	rule	437	1	ting
303	1	finger	348	1	marital	393	1	run	438	1	tissue
304	1	fingers	349	1	may	394	1	saw	439	1	tremor
305	1	finish	350	1	mazue	395	1	say	440	1	trousers
306	1	flowing	351	1	medical	396	1	scanner	441	1	try
307	1	foot	352	1	minutes	397	1	scare	442	1	turn
308	1	forget	353	1	miss	398	1	seem	443	1	unaided
309	1	frequency	354	1	moment	399	1	seizure	444	1	understand
310	1	fresh	355	1	morning	400	1	senile	445	1	unsteady
311	1	front	356	1	motor	401	1	sensitivity	446	1	upper
312	1	function	357	1	moving	402	1	shrugging	447	1	used
313	1	great	358	1	mr	403	1	sibling	448	1	useful
314	1	group	359	1	much	404	1	single	449	1	user
315	1	happening	360	1	nationality	405	1	sister	450	1	veaulin
316	1	hard	361	1	nationally	406	1	sisters	451	1	vernot
317	1	headache	362	1	nauseous	407	1	sit	452	1	vomit
318	1	headaches	363	1	never	408	1	skin	453	1	watch
319	1	health	364	1	nice	409	1	sleeping	454	1	weird
320	1	heart	365	1	normal	410	1	sleeve	455	1	well
321	1	heat	366	1	normally	411	1	smile	456	1	working
322	1	hesitation	367	1	oh	412	1	social	457	1	x

ANNEXE 21

Wordlist de l'évaluation finale – 2ème passage (WL Prod Orale Éval +)

#Lemma Types: 351
#Lemma Tokens: 1521
#Search Hits: 0

1	339	d
2	156	ok
3	57	pain
4	24	ever
5	15	feel
6	15	history
7	15	yes
8	14	symptom
9	13	anything
10	13	like
11	13	please
12	13	start
13	12	disease
14	12	medical
15	11	family
16	11	medication
17	10	drink
18	10	past
19	10	right
20	10	something
21	10	take
22	10	time
23	9	go
24	9	hello
25	9	name
26	8	m
27	8	needle
28	8	pin
29	8	today
30	7	bring
31	7	know
32	7	old
33	7	re
34	7	relieve
35	7	smoke
36	7	well
37	6	back
38	6	come
39	6	day
40	6	first
41	6	hospitalized
42	6	job
43	6	long
44	6	many
45	6	notice
46	6	recently
47	6	since
48	6	tell
49	5	alcohol
50	5	could
51	5	didn
52	5	dr
53	5	much
54	5	nothing
55	5	operate
56	5	parent
57	5	radiate
58	5	sex
59	5	yesterday
60	4	allergy
61	4	ask
62	4	better
63	4	describe
64	4	feverish
65	4	going
66	4	help
67	4	kind
68	4	life
69	4	lot
70	4	make
71	4	never
72	4	night
73	4	problem
74	4	scale
75	4	sorry
76	4	special
77	4	state
78	4	sudden
79	4	tire
80	4	travel
81	3	abroad
82	3	afternoon
83	3	ago
84	3	alive
85	3	arm
86	3	burning
87	3	chronic
88	3	constant
89	3	continuous
90	3	date
91	3	diarrhea
92	3	diet
93	3	drug
94	3	eat
95	3	feeling
96	3	gradually
97	3	happen
98	3	hurt
99	3	left
100	3	leg
101	3	major
102	3	oh
103	3	one
104	3	position
105	3	present
106	3	really
107	3	relieving
108	3	remind
109	3	say
110	3	sensation
111	3	stop
112	3	temperature
113	3	toilet
114	3	treatment
115	3	vaccine
116	3	water
117	3	worse
118	2	accord
119	2	affect
120	2	age
121	2	along
122	2	already
123	2	always
124	2	anywhere
125	2	apart
126	2	appetite
127	2	approximately
128	2	big
129	2	body
130	2	bowel
131	2	children
132	2	cigarette
133	2	concerning
134	2	condition
135	2	difficulty
136	2	eating
137	2	else
138	2	everyday
139	2	example
140	2	fever
141	2	glass
142	2	good
143	2	increase
144	2	living
145	2	lose
146	2	mean
147	2	month
148	2	move
149	2	moving
150	2	music
151	2	nausea
152	2	occur
153	2	painkiller
154	2	pass
155	2	question
156	2	running
157	2	seat
158	2	see
159	2	sick
160	2	side
161	2	smoking
162	2	still
163	2	stomach
164	2	stomachache
165	2	stool
166	2	suddenly
167	2	suffer
168	2	taken
169	2	talk
170	2	teacher
171	2	things
172	2	think
173	2	throbbing
174	2	try
175	2	understand
176	2	unsafe
177	2	wake
178	2	week
179	2	weeks
180	2	working
181	2	would
182	1	abdomen
183	1	abdominal
184	1	activity
185	1	acute
186	1	addition
187	1	also
188	1	anal
189	1	another
190	1	anybody
191	1	anyone
192	1	appear
193	1	around
194	1	bad
195	1	begin
196	1	benet
197	1	bite
198	1	cancer
199	1	cardiovascular
200	1	cause
201	1	certain
202	1	chemical
203	1	chill
204	1	cold
205	1	condom
206	1	const
207	1	cut
208	1	daily
209	1	dark
210	1	dead
211	1	diabetes
212	1	doctor
213	1	done
214	1	eated
215	1	enfin
216	1	english
217	1	evaluate
218	1	evening
219	1	every
220	1	exactly
221	1	excruciating
222	1	explain
223	1	exposed
224	1	fact
225	1	fainting
226	1	father
227	1	five
228	1	food
229	1	forget
230	1	free
231	1	frequent
232	1	generally
233	1	gluten
234	1	guess
235	1	headaches
236	1	hiv
237	1	hold
238	1	hospital
239	1	illness
240	1	increased
241	1	intensity
242	1	intercourse
243	1	k
244	1	kilo
245	1	l
246	1	last
247	1	lifestyle
248	1	limb
249	1	little
250	1	located
251	1	lost
252	1	lower
253	1	man
254	1	married
255	1	maybe
256	1	meat
257	1	middle

258	1	miss	282	1	pm	306	1	social	330	1	tiredness
259	1	morning	283	1	poiré	307	1	sometimes	331	1	told
260	1	movement	284	1	practice	308	1	somewhere	332	1	travelled
261	1	nauseous	285	1	precise	309	1	soothe	333	1	tried
262	1	new	286	1	progressive	310	1	specific	334	1	trigger
263	1	nice	287	1	quit	311	1	spell	335	1	trouble
264	1	normal	288	1	r	312	1	sport	336	1	type
265	1	normally	289	1	remarkable	313	1	staretd	337	1	unbearable
266	1	onset	290	1	remember	314	1	stay	338	1	unusual
267	1	pack	291	1	renal	315	1	strange	339	1	urgent
268	1	painful	292	1	repeat	316	1	stressed	340	1	urine
269	1	painless	293	1	runs	317	1	substance	341	1	use
270	1	pares	294	1	safe	318	1	suddent	342	1	usual
271	1	parsaien	295	1	said	319	1	sure	343	1	vaginal
272	1	part	296	1	school	320	1	surgery	344	1	vivant
273	1	particular	297	1	seeing	321	1	sweat	345	1	want
274	1	partner	298	1	seem	322	1	teach	346	1	weight
275	1	passing	299	1	sell	323	1	ten	347	1	welcome
276	1	pebayle	300	1	sexual	324	1	test	348	1	work
277	1	per	301	1	show	325	1	thank	349	1	worst
278	1	perfect	302	1	sister	326	1	thirsty	350	1	yeah
279	1	pet	303	1	sit	327	1	thought	351	1	year
280	1	physical	304	1	sleeping	328	1	thyroid			
281	1	place	305	1	smoker	329	1	times			

ANNEXE 22

Wordlist PRE/POST-TESTS

#Lemma Types: 103
#Lemma Tokens: 136
#Search Hits: 0

1	9	p
2	7	d
3	3	bp
4	3	one
5	3	pain
6	3	rr
7	2	answer
8	2	breath
9	2	column
10	2	eighty
11	2	find
12	2	hand
13	2	measurement
14	2	question
15	2	sixty
16	2	unit
17	2	word
18	1	aching
19	1	acronym
20	1	almost
21	1	arm
22	1	b
23	1	bad
24	1	better
25	1	bleeding
26	1	body
27	1	c
28	1	calf
29	1	chin
30	1	clot
31	1	connect
32	1	correct
33	1	cough
34	1	day
35	1	deep
36	1	definition
37	1	dialogue
38	1	disease
39	1	donor
40	1	drug
41	1	dyspnea
42	1	e
43	1	edema
44	1	eight
45	1	explain
46	1	failure
47	1	fill
48	1	following
49	1	foot
50	1	four
51	1	get
52	1	head
53	1	hundred
54	1	improve
55	1	kidney
56	1	knife
57	1	leg
58	1	like
59	1	list
60	1	liver
61	1	located
62	1	look
63	1	match
64	1	medical
65	1	muscle
66	1	myalgia
67	1	nagging
68	1	navel
69	1	numbness
70	1	odd
71	1	otc
72	1	pack
73	1	paresthesia
74	1	part
75	1	patient
76	1	pressure
77	1	rate
78	1	read
79	1	really
80	1	recover
81	1	relapse
82	1	right
83	1	sharp
84	1	shortness
85	1	sign
86	1	sixteen
87	1	sole
88	1	spleen
89	1	stabbing
90	1	sti
91	1	sugar
92	1	swelling
93	1	take
94	1	term
95	1	throbbing
96	1	torso
97	1	transplant
98	1	two
99	1	use
100	1	user
101	1	vital
102	1	way
103	1	year