



HAL
open science

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-03060469v1>

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.



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**

SLTC



Université de Lorraine
École Doctorale Sociétés, Langues, 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 | Examineur |
| M. Pablo ORTEGA DEBALLON | Professeur, Praticien Hospitalier, CHU François Mitterrand | Examineur |
| 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

| | |
|---|------------|
| <i>Résumé</i> | v |
| <i>Abstract</i> | vii |
| <i>Conventions</i> | ix |
| <i>Abréviations</i> | 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 |
| <i>Références bibliographiques</i> | 427 |
| <i>Références audiovisuelles</i> | 471 |
| <i>Table des matières</i> | 473 |
| <i>Liste des tableaux</i> | 479 |
| <i>Liste des figures</i> | 485 |
| <i>Liste des illustrations</i> | 491 |
| <i>Index rerum</i> | 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 : <i>Affordable Care Act</i> | DAM : <i>Département d'Anglais Médical de l'UFR Sciences de Santé de Dijon</i> |
| AHU : <i>Assistant Hospitalier Universitaire</i> | DFASM : <i>Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales</i> |
| ARC : <i>Apprentissage au Raisonnement Clinique</i> | DFGSM : <i>Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales</i> |
| BIC : <i>Brown Interview Checklist</i> | DFGSM2 : <i>deuxième année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales</i> |
| BMJ : <i>British Journal of Medicine</i> | DFGSM3 : <i>troisième année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales</i> |
| BNC : <i>British National Corpus</i> | DFGSP2 : <i>deuxième année du Diplôme de Formation Générale en Sciences Pharmaceutiques</i> |
| C2i : <i>Certificat informatique et internet de l'enseignement supérieur</i> | DLC : <i>Didactique des Langues- Cultures</i> |
| CABG : <i>Coronary Artery Bypass Graft</i> | DREES : <i>Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques</i> |
| CAPES : <i>Certificat d'Aptitude au Professorat de l'Enseignement du Second Degré</i> | EAP : <i>English for Academic Purposes</i> |
| CBE : <i>Competency-based Education</i> | ECNi : <i>Épreuves Classantes Nationales informatisées</i> |
| CCA : <i>Chef de Clinique des universités - Assistant des hôpitaux</i> | EILS : <i>English as an International Language of Science</i> |
| CCOG : <i>Calgary–Cambridge Observation Guide</i> | EMP : <i>English for Medical Purposes</i> |
| CDC : <i>Centers for Disease Control and Prevention</i> | |
| CECRL : <i>Cadre Européen Commun de Référence pour les Langues</i> | |
| CHU : <i>Centre Hospitalier Universitaire</i> | |
| CLT : <i>Communicative Language Teaching</i> | |
| CNU : <i>Conseil National des Universités</i> | |

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

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).

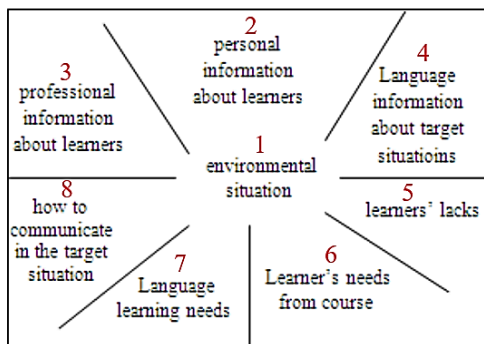


Figure 1 : Modèle pour l'analyse des besoins (Dudley-Evans et St John, 1998, p.125)

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.

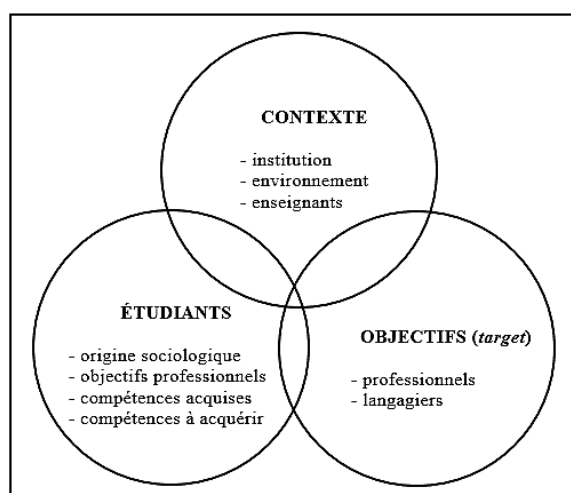


Figure 2 : Modèle modifié de l'analyse des besoins

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).

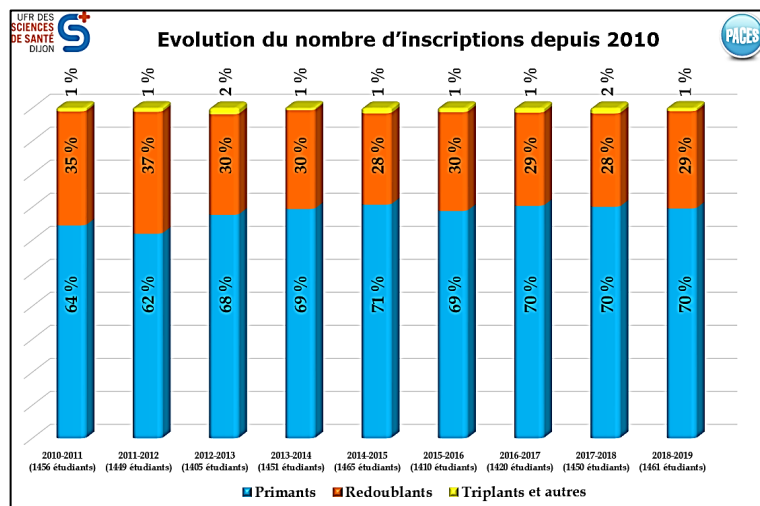


Figure 3 : Évolution du nombre d'inscriptions en PACES depuis 2010 à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

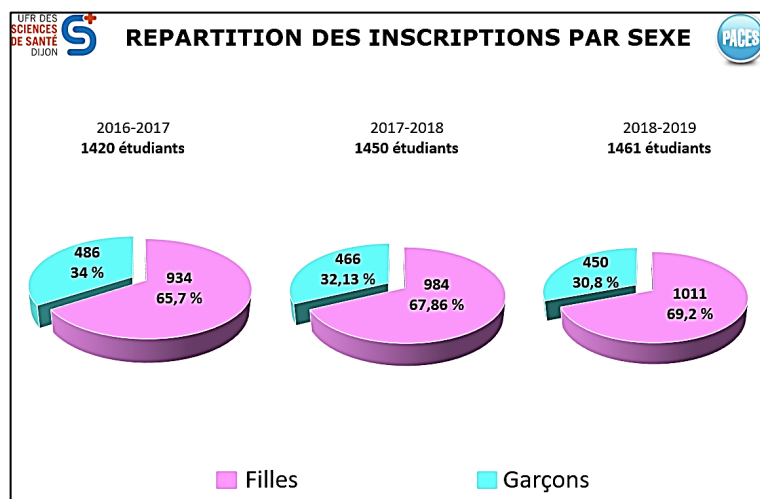


Figure 4 : Répartition hommes/femmes des inscrits en PACES à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

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).

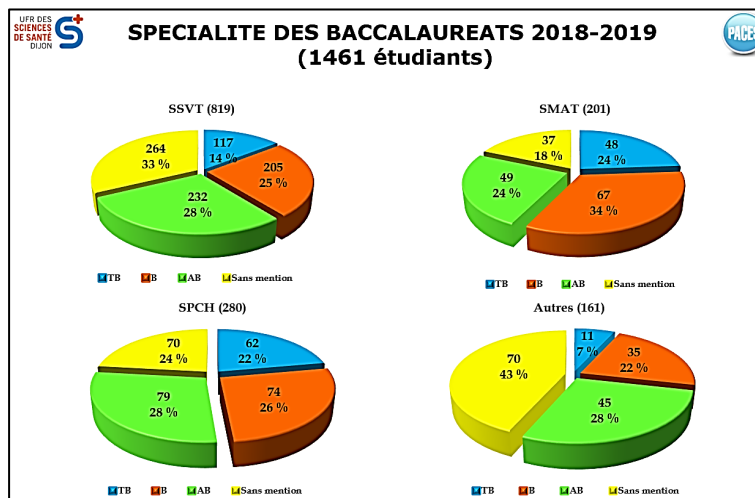


Figure 5 : Spécialité des baccalauréats des inscrits en PACES à l'UFR Sciences de Santé de Dijon en 2018-19

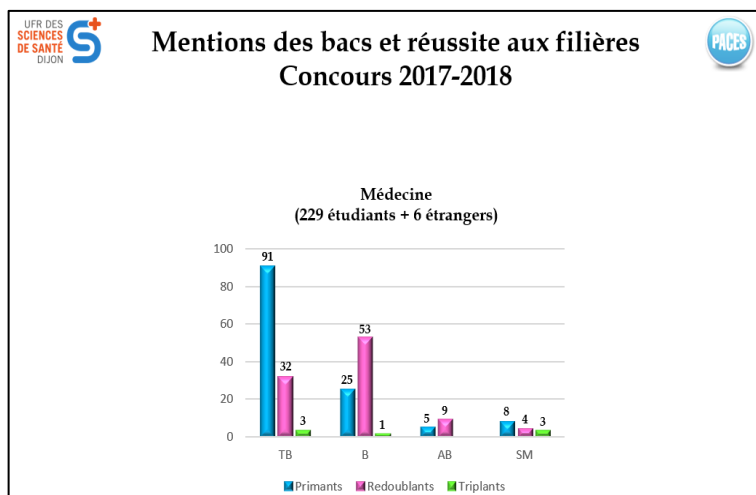


Figure 6 : Mention au baccalauréat des étudiants reçus au concours PACES 2017-18 à l'UFR Sciences de Santé de Dijon

| 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 PACES¹ 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 Universités², 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 Universités 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'explicitier 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.).

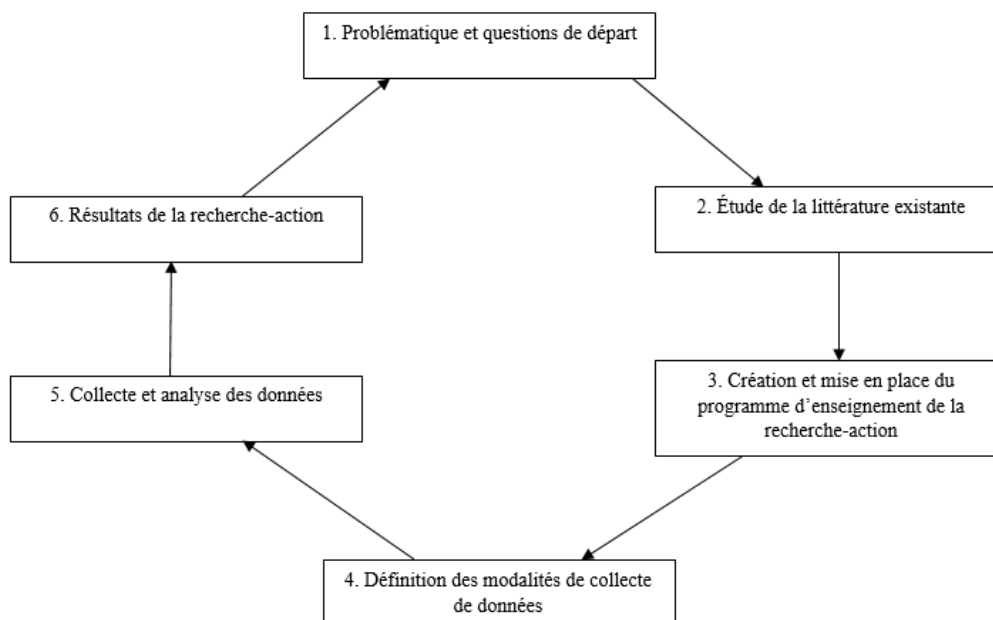


Figure 7 : Étapes du processus de recherche-action (adapté de Ferrance, 2000, p.9)

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.

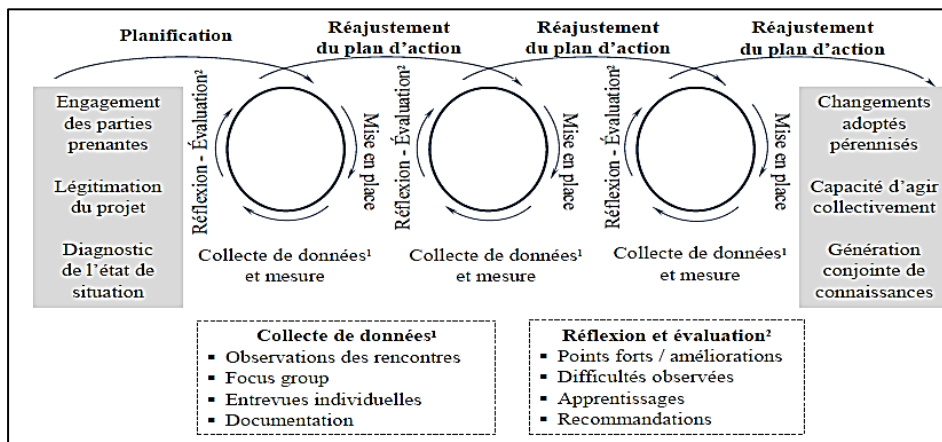


Figure 8 : Cycle de la recherche-action (Roy, Ph & Prévost, 2013, p.136)

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 pédao-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 concluons 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 régi 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 |
| Soins liés à la maternité | Médicaments | Soins liés à la maternité |
| Tests en laboratoire | Soins dentaires | Santé mentale |
| Médicaments, appareils médicaux et prothèses | « nécessaires » | Addictologie |
| Transport de malades | Soins ophtalmologiques | Médicaments sur ordonnance |
| Soins à domicile | Santé mentale (patients déficients) | Soins de rééducation |
| | 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 constraints (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 | <i>patients were excluded</i> (A) <i>patients were allocated</i> (B) |
| NOMS COMPOSÉS | <i>heart failure</i> (A) <i>outpatient basis</i> (B) |
| ADJECTIFS COMPOSÉS | <i>a two-sided alpha level</i> (A) <i>colony-forming units</i> (B) |
| ARTICLES | <i>the effects of vitamin E</i> (A) <i>antimicrobial drugs</i> (B) |
| MODALITÉ | <i>may have been affected</i> (A) <i>should not be extrapolated</i> (B) |
| TEMPS | <i>our findings suggest</i> (A) <i>trials have been done</i> (B) |
| ADVERBES | <i>widely</i> (A) <i>aerobically</i> (B) |
| MOTS DE LIAISON | <i>however</i> (A) <i>therefore</i> (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'explicitier 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).

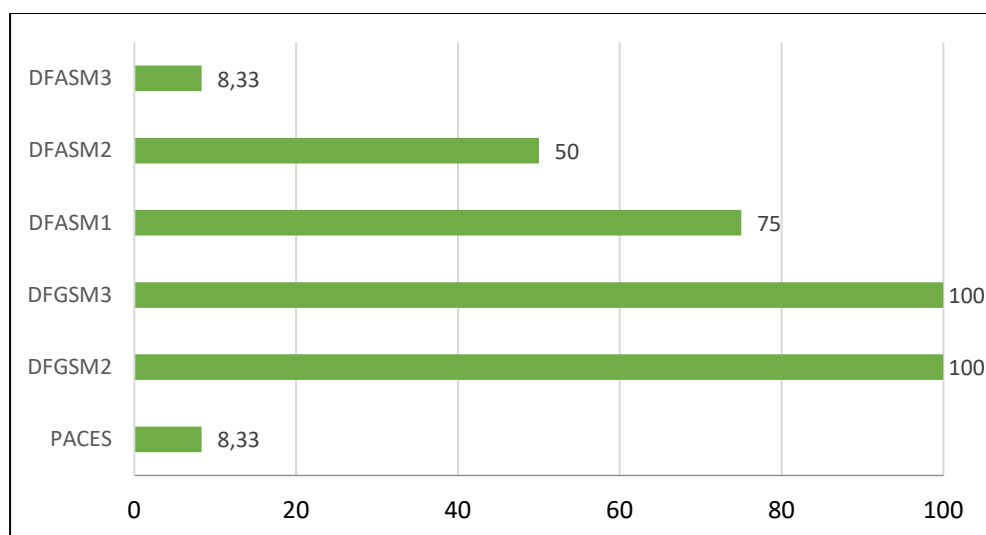


Figure 9 : Représentation des cours d'anglais obligatoires par année dans les facultés de médecine recensées (exprimée en %)

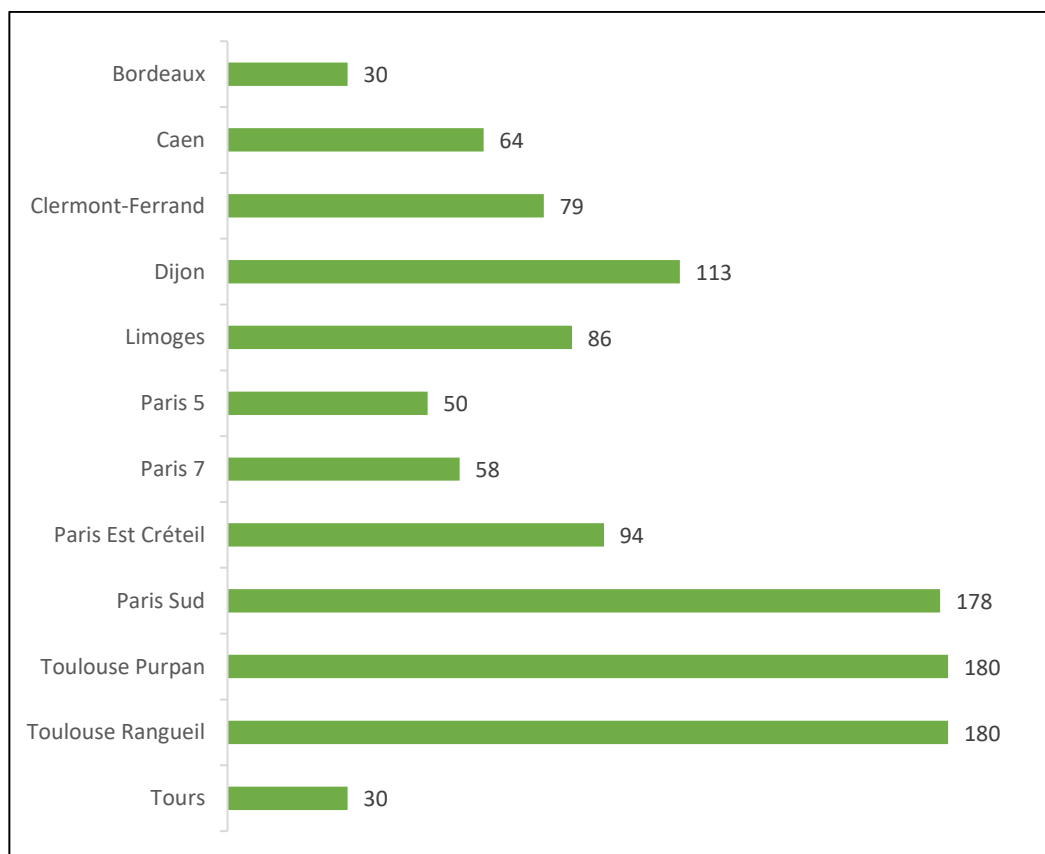


Figure 10 : Nombre d'heures d'anglais obligatoires dispensées sur l'ensemble du cursus universitaire par faculté de médecine recensées

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 Dijon³. Les hospitalo-universitaires ont eu accès au questionnaire pendant dix jours. Il comprenait 15 questions qui correspondent aux différents points que nous souhaitons 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 anglaise ? (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 (Q1⁴ : 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 Qx correspond à la question numéro x du questionnaire

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

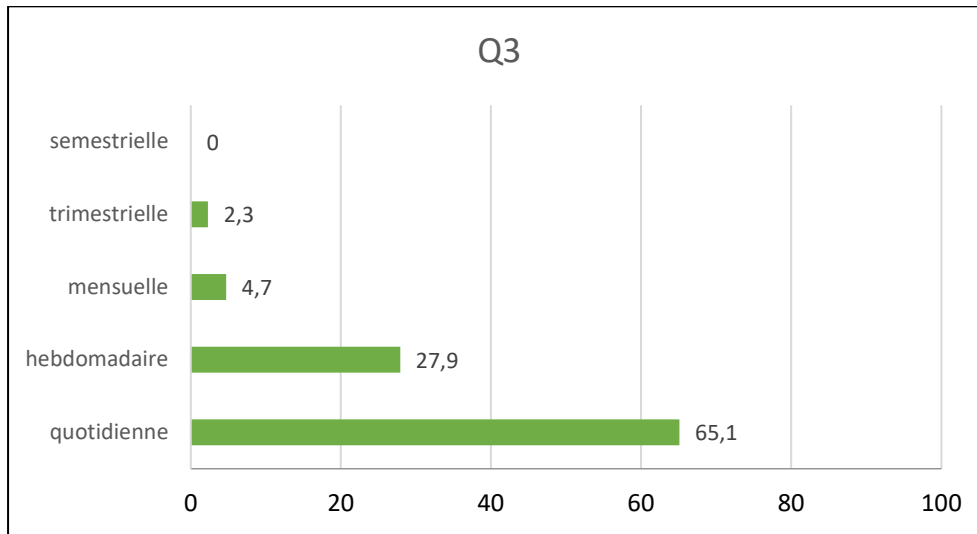
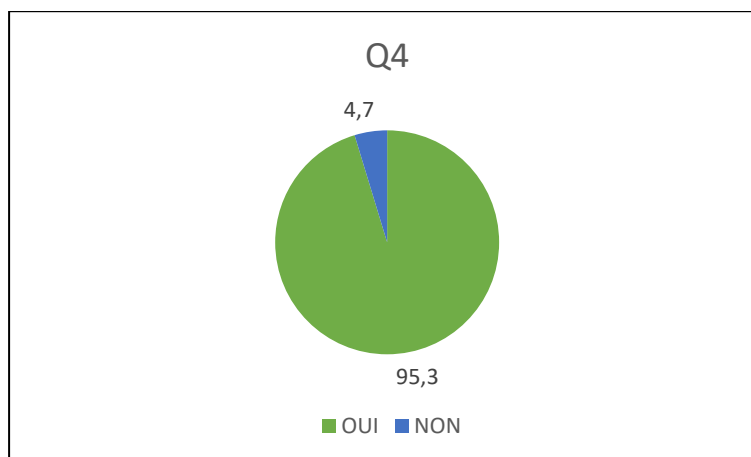


Figure 11 : Fréquence de confrontation avec l'anglais des professionnels de santé interrogés (réponses exprimées en %)

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.



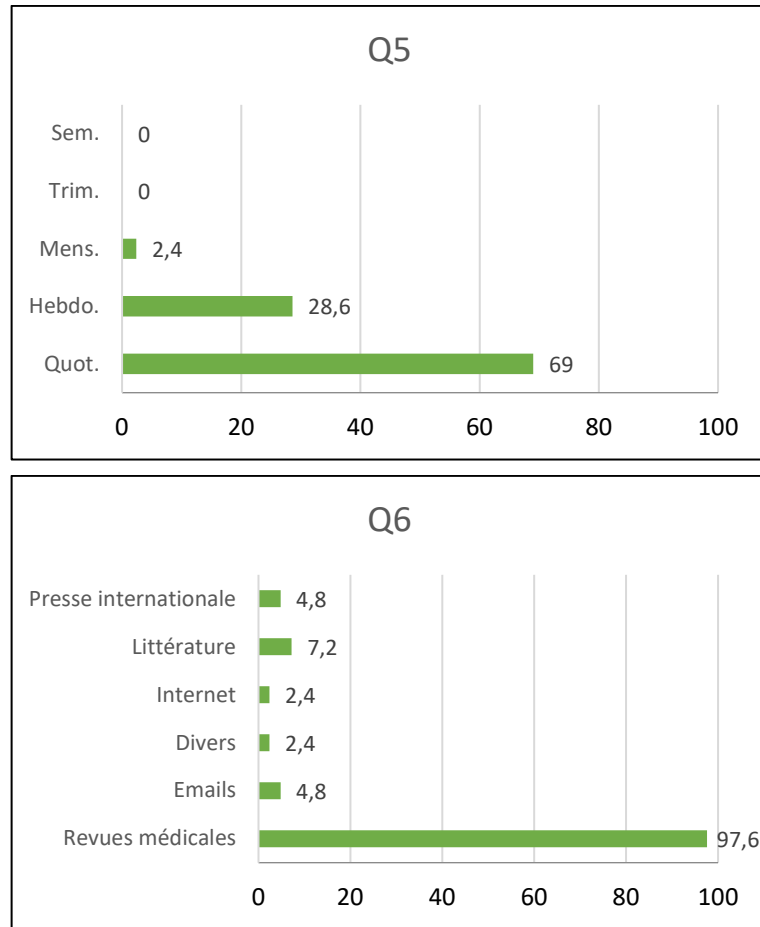


Figure 12 : Lecture en anglais des professionnels de santé interrogés (réponses exprimées en %)

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).

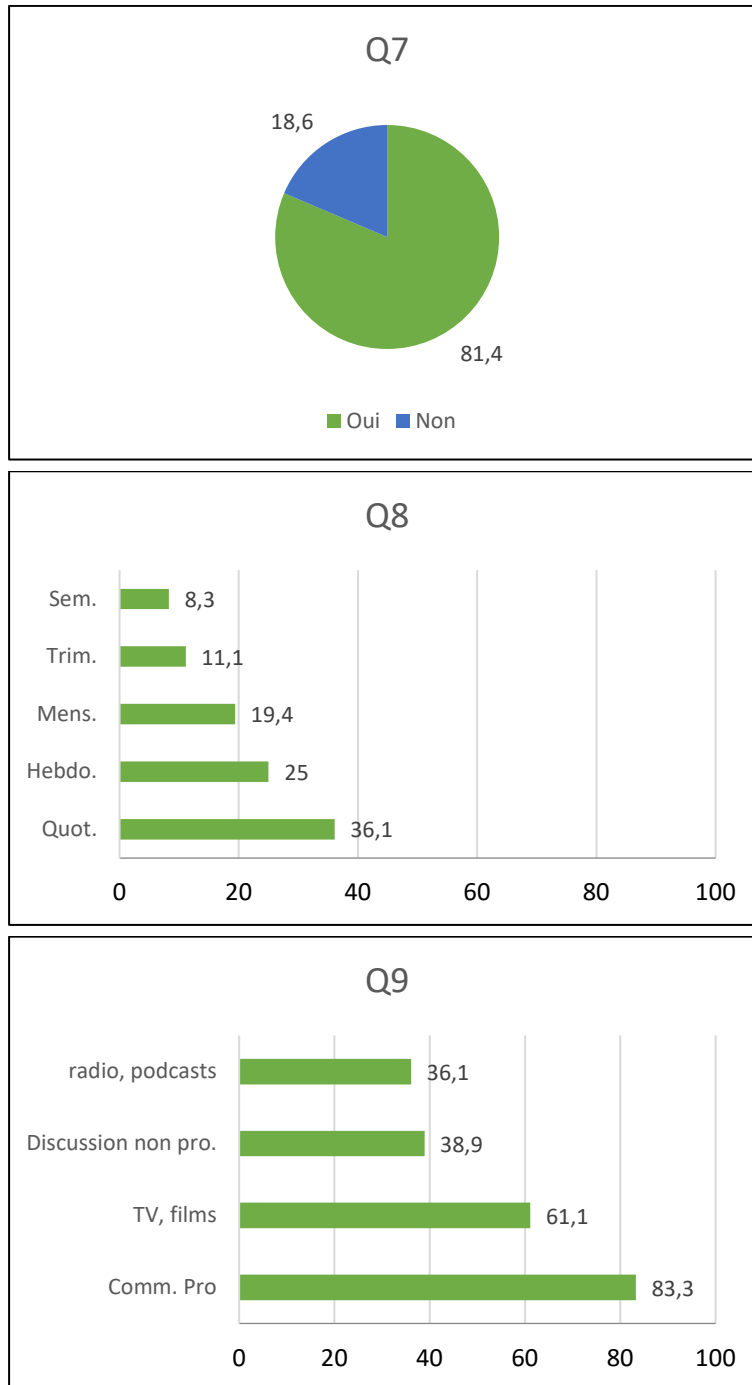


Figure 13 : Confrontation auditive à l'anglais des professionnels de santé interrogés (réponses exprimées en %)

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).

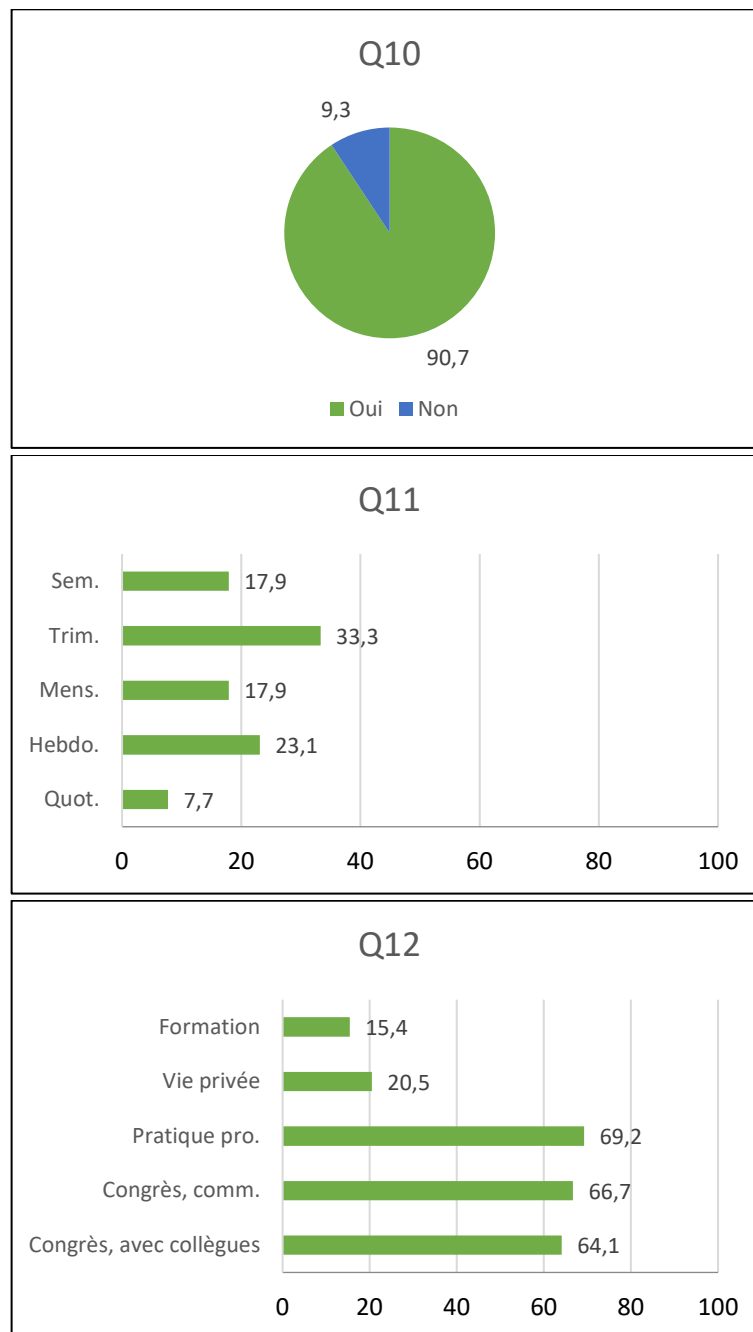
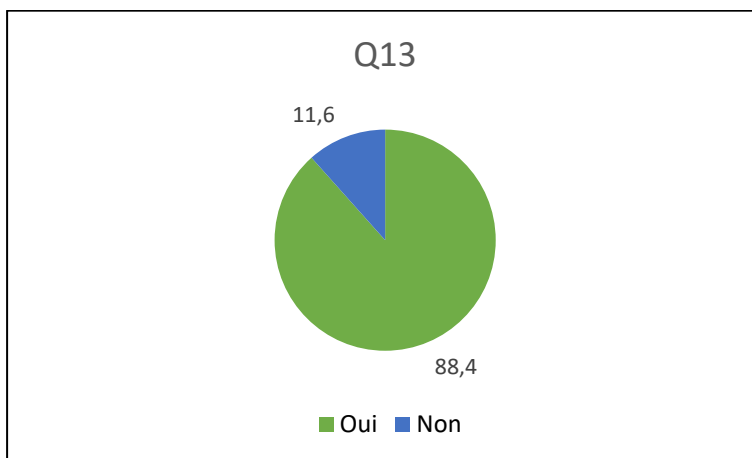


Figure 14 : Utilisation orale de l'anglais par les professionnels de santé interrogés (réponses exprimées en %)

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.



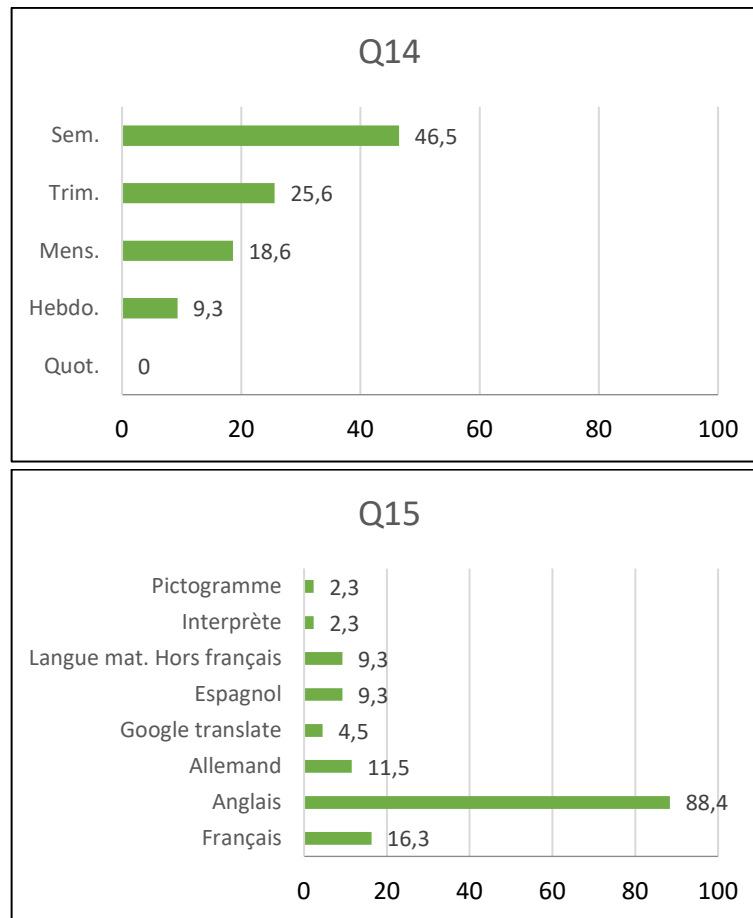


Figure 15 : Confrontation avec des patients étrangers des professionnels de santé interrogés (réponses exprimées en %)

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 acquises 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).

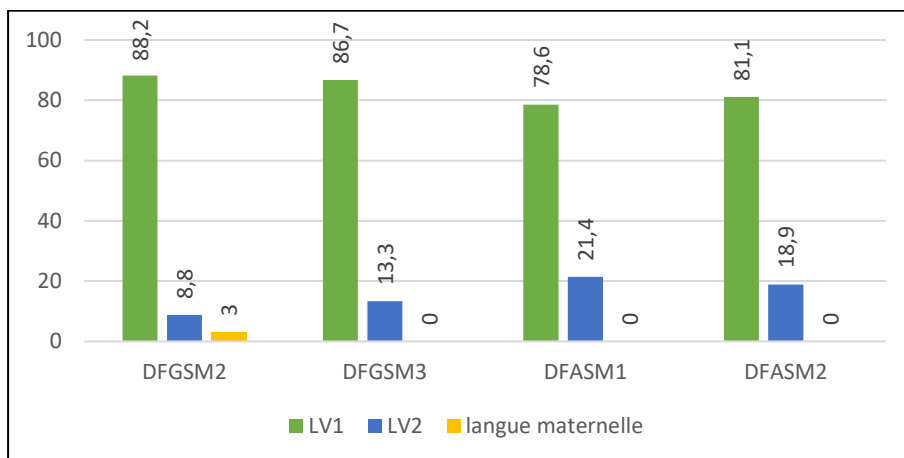


Figure 16 : Apprentissage de l'anglais dans le secondaire des étudiants de médecine sondés (résultats exprimés en %)

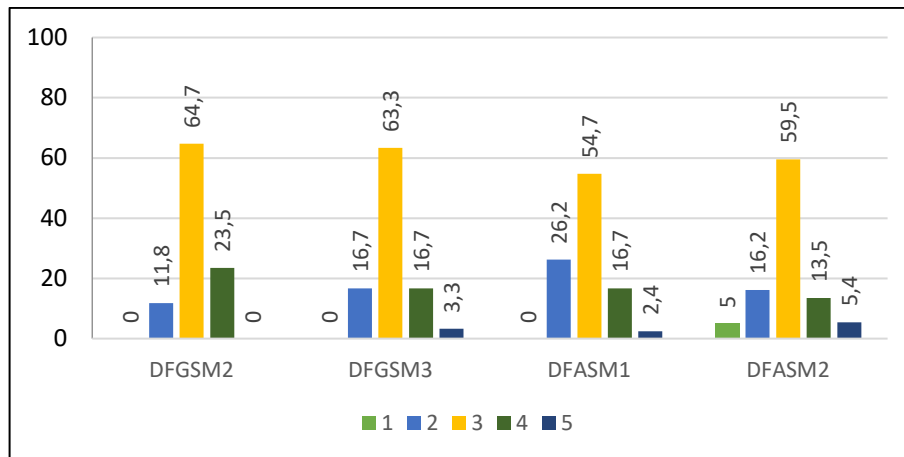


Figure 17 : Autoévaluation du niveau d'anglais par les étudiants de médecine sondés (résultats exprimés en %)

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).

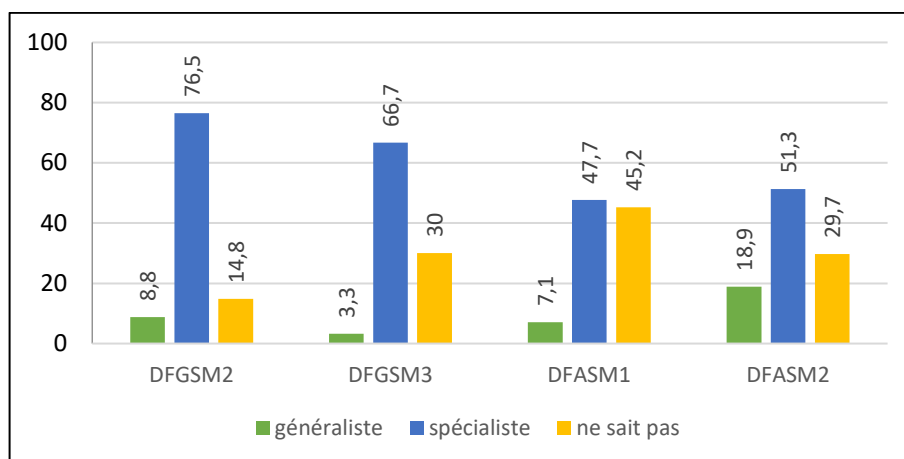


Figure 18 : Objectif professionnel des étudiants de médecine sondés (résultats exprimés en %)

Il semblait également important de connaître 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).

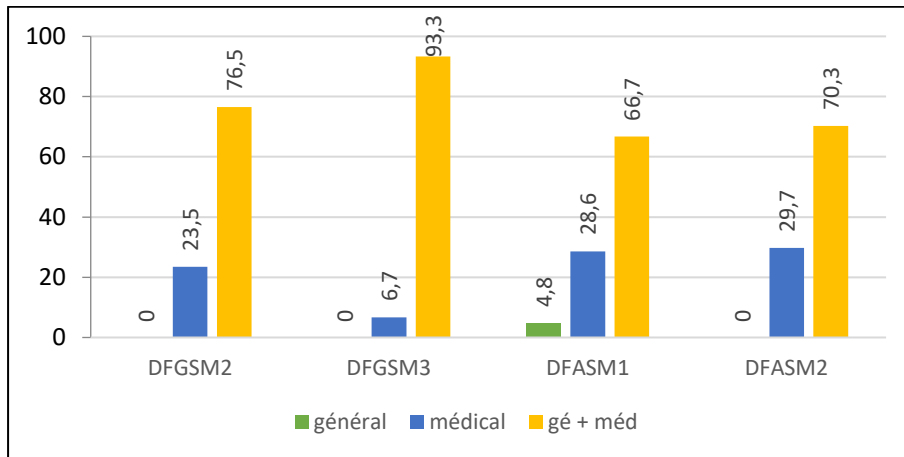


Figure 19 : Opinion des étudiants de médecine sondés concernant le type d'anglais à enseigner (résultats exprimés en %)

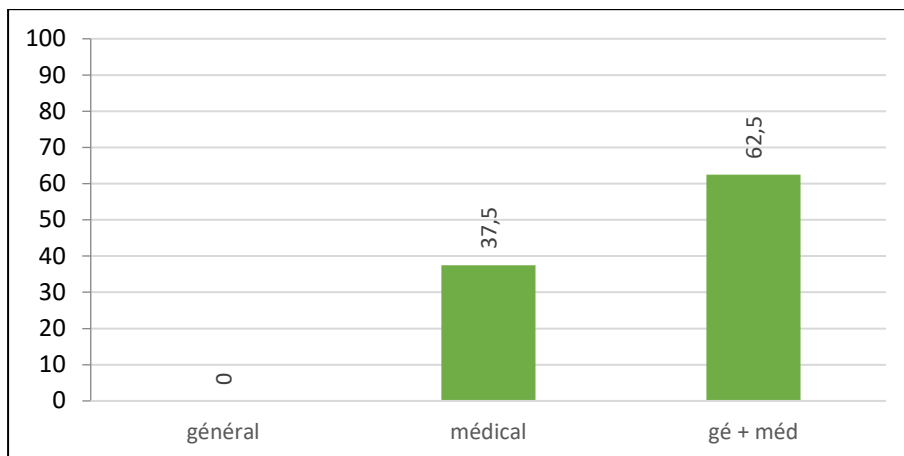


Figure 20 : Opinion des enseignants concernant le type d'anglais à enseigner (résultats exprimés en %)

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 entraînés 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.

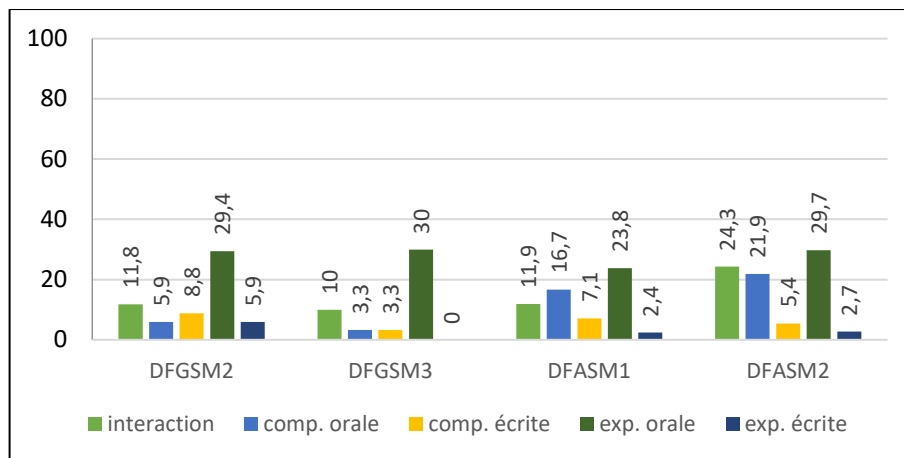


Figure 21 : Évaluation des besoins dans les cinq compétences langagières (point de vue étudiant - résultats exprimés en %)

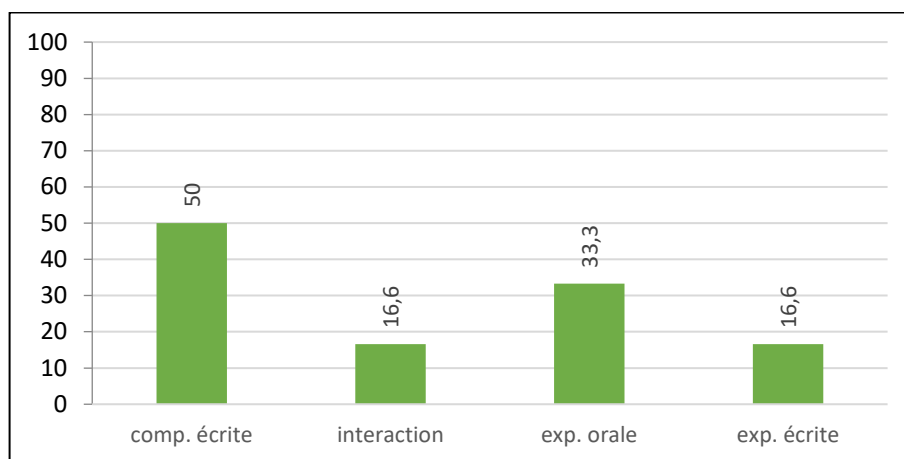


Figure 22 : Évaluation des besoins dans les cinq compétences langagières (point de vue enseignant – résultats exprimés en %)

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.

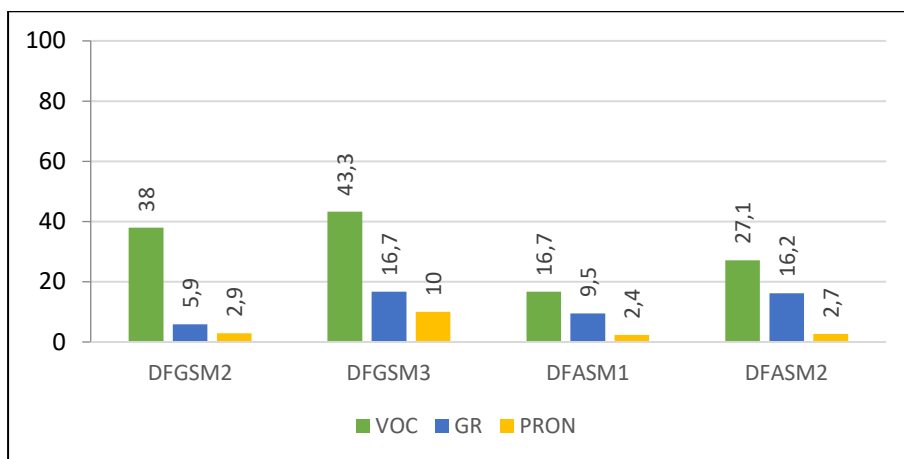


Figure 23 : Points essentiels à maîtriser (opinion des étudiants – résultats exprimés en %)

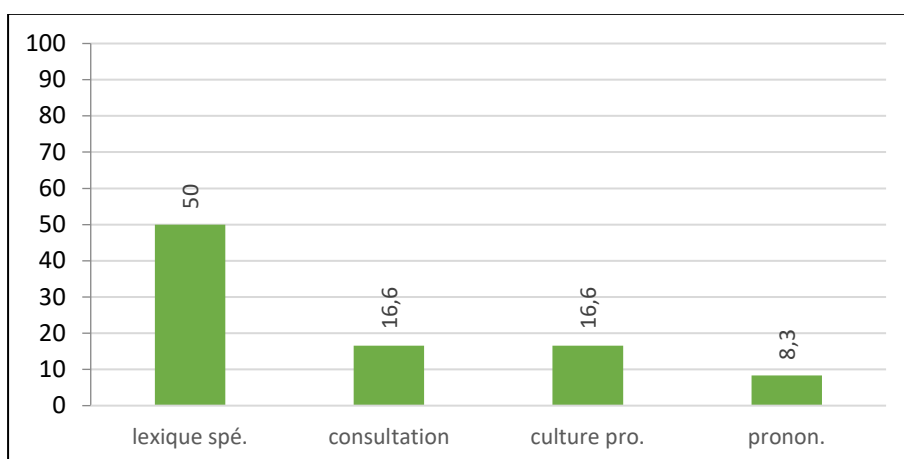


Figure 24 : Points essentiels à maîtriser (opinion des enseignants – résultats exprimés en %)

Après s'être concentré sur leurs besoins, la motivation des étudiants concernant l'apprentissage de l'anglais a été questionnée (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.

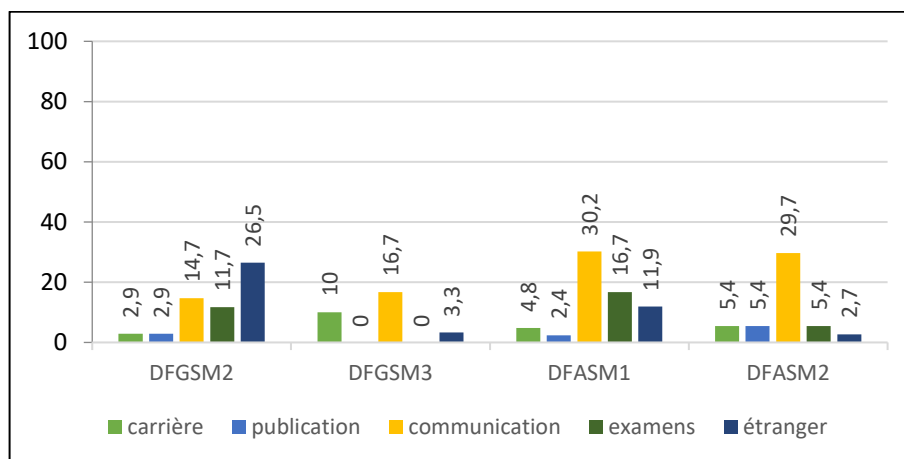


Figure 25 : Motivation des étudiants pour l'apprentissage de l'anglais (résultats exprimés en %)

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 était 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.

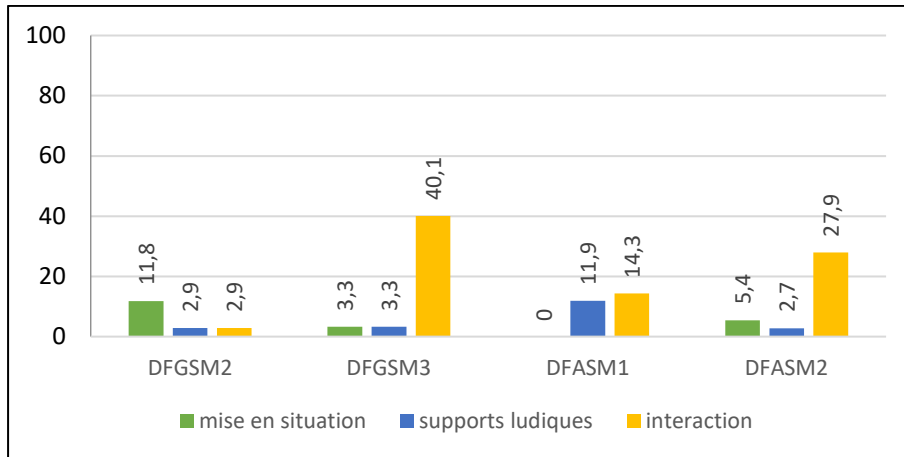


Figure 26 : Suggestions des étudiants sondés pour accroître leur motivation (résultats exprimés en %)

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.

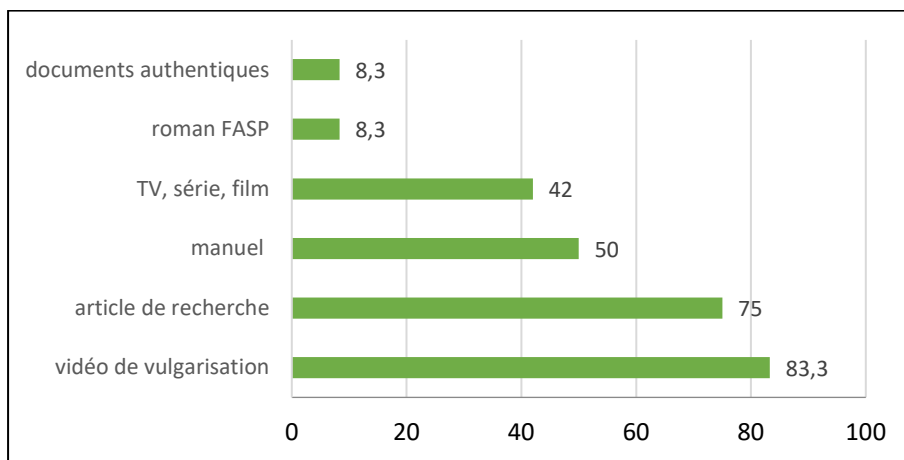


Figure 27 : Supports pédagogiques utilisés par les enseignants d'anglais (résultats exprimés en %)

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).

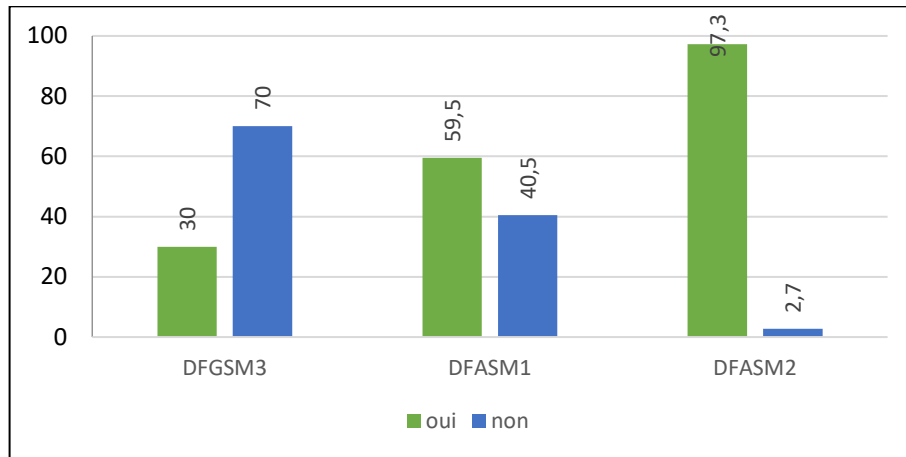


Figure 28 : Confrontation des étudiants sondés à des patients étrangers lors des stages à l'hôpital (résultats exprimés en %)

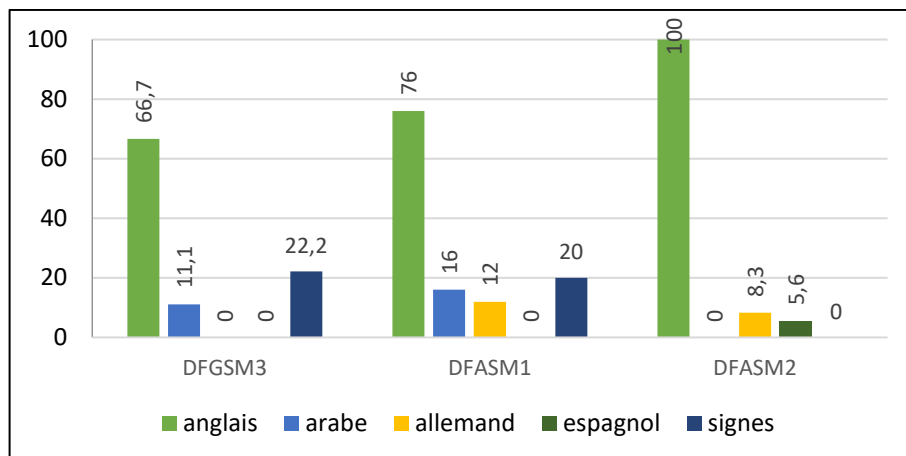


Figure 29 : Langue utilisée par les étudiants de médecine sondés pour communiquer avec les patients étrangers (résultats exprimés en %)

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 patient⁵, 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 entrez 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.

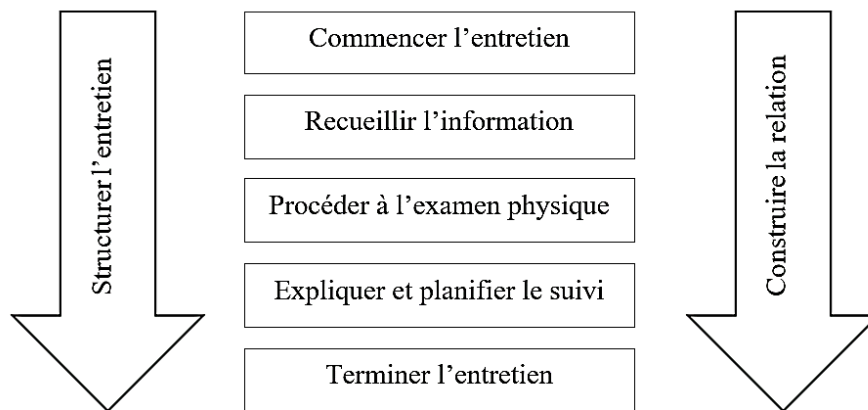


Figure 30 : Étapes de la consultation selon les *Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides*. (Kurtz, Silverman & Draper, 2010, p.48)

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.

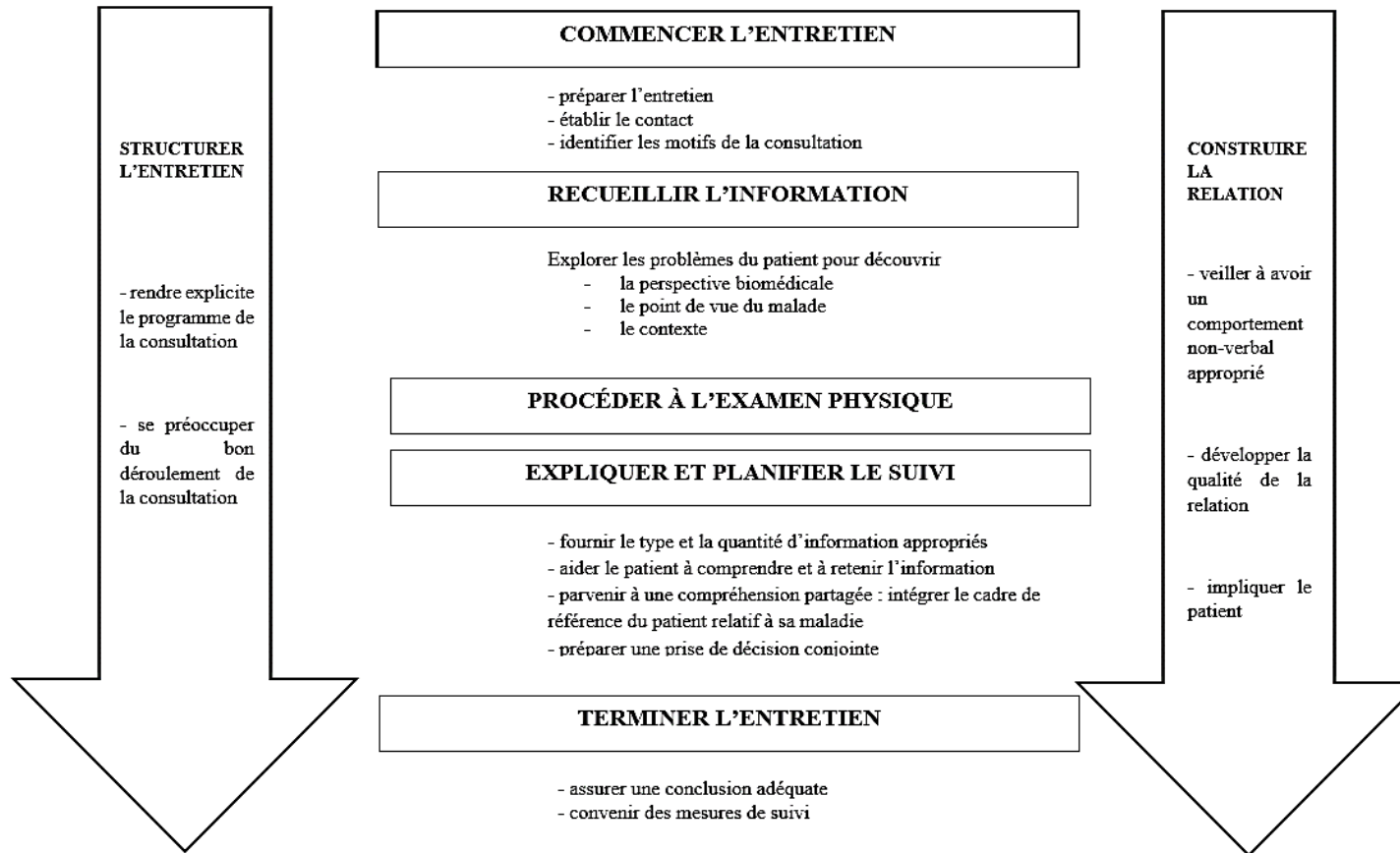


Figure 31 : Cadre de référence élargi des *Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides* (Kurtz *et al.*, 2010, p.50)

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

Il 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 & Ploton, 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 sérieuse, 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 upset 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, & Jamouille, 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 | <i>What were you doing when you collapsed?</i> |
| NOMBRES | <i>The episode lasted about 10 minutes</i> |
| UNITÉS DE MESURE | <i>Your pulse is 90 bpm</i> |
| ARTICLES | <i>The angio-CT scan revealed a stenosis of the left carotid artery</i> |
| SIGLES | <i>You had a TIA</i> |

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 débiter 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 comprennent 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.

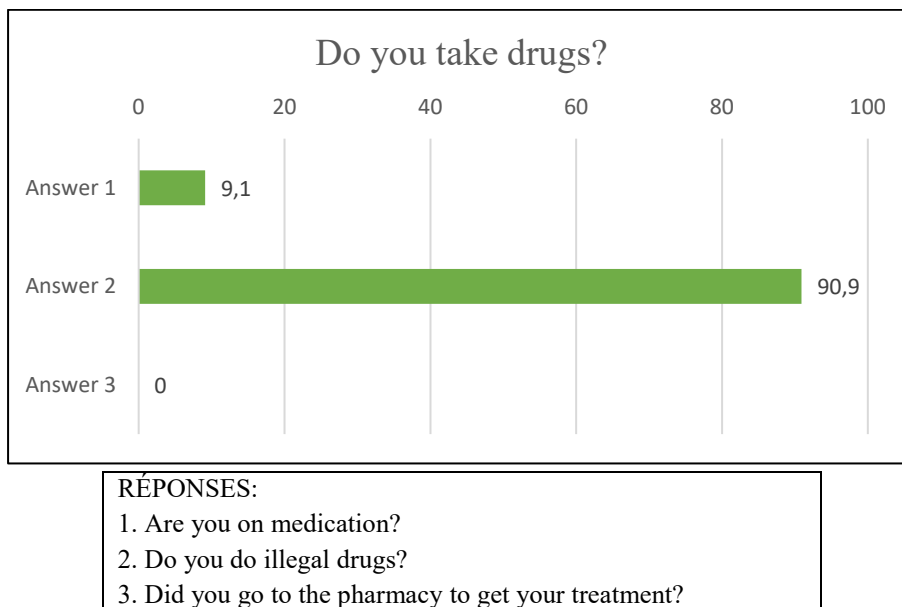
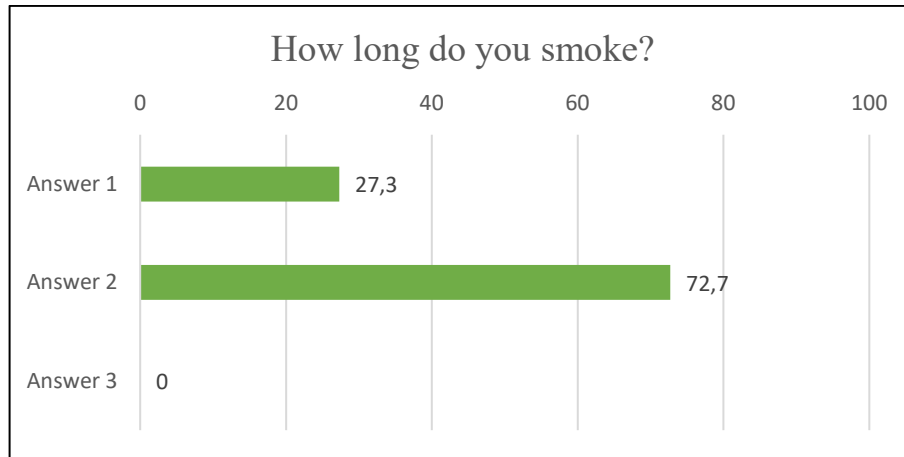


Figure 32 : Compréhension des locuteurs natifs de la question « *Do you take drugs ?* » (résultats exprimés en %)



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 paraître 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).

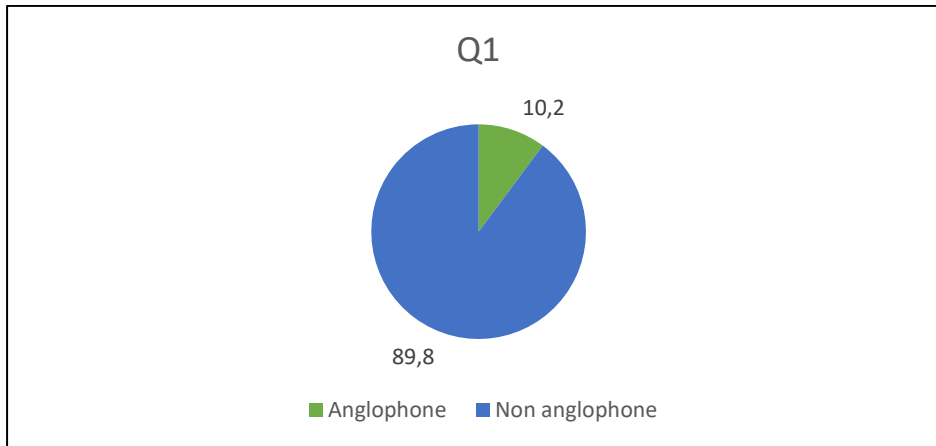


Figure 34 : Taux de locuteurs anglophones et non anglophones ayant répondu au questionnaire (résultats exprimés en %)

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 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.

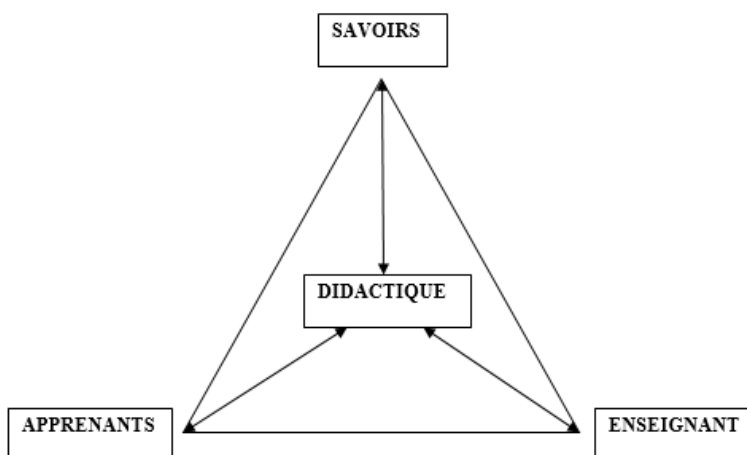


Figure 35 : Triangle didactique adapté de Chevallard (1985)

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'explicitier 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)

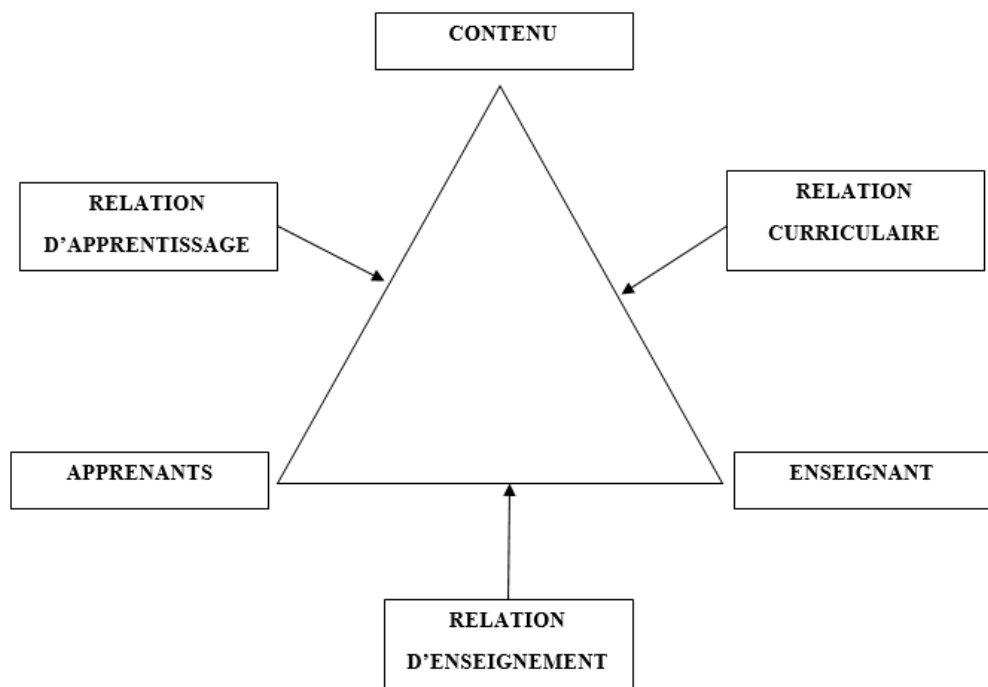


Figure 36 : Triangle de la didactique générale (Germain, 2010, p.25)

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.

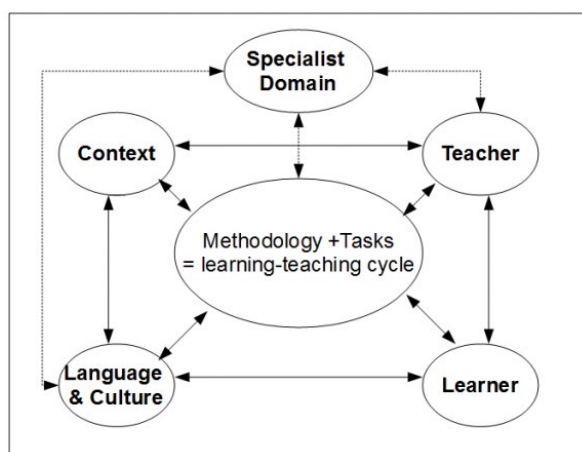


Figure 37 : Modélisation des interactions pour l'enseignement/apprentissage de l'anglais de spécialité (Sarré & Whyte, 2016, n.p.)

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 disequilibrium 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.

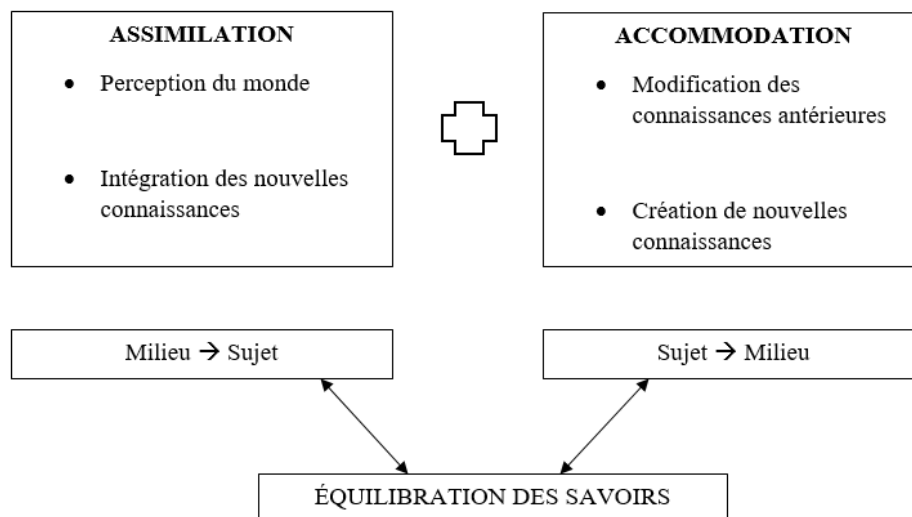


Figure 38 : Schématisation de la construction des savoirs selon Piaget

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 vicariant⁶ 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 vicariante, 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).

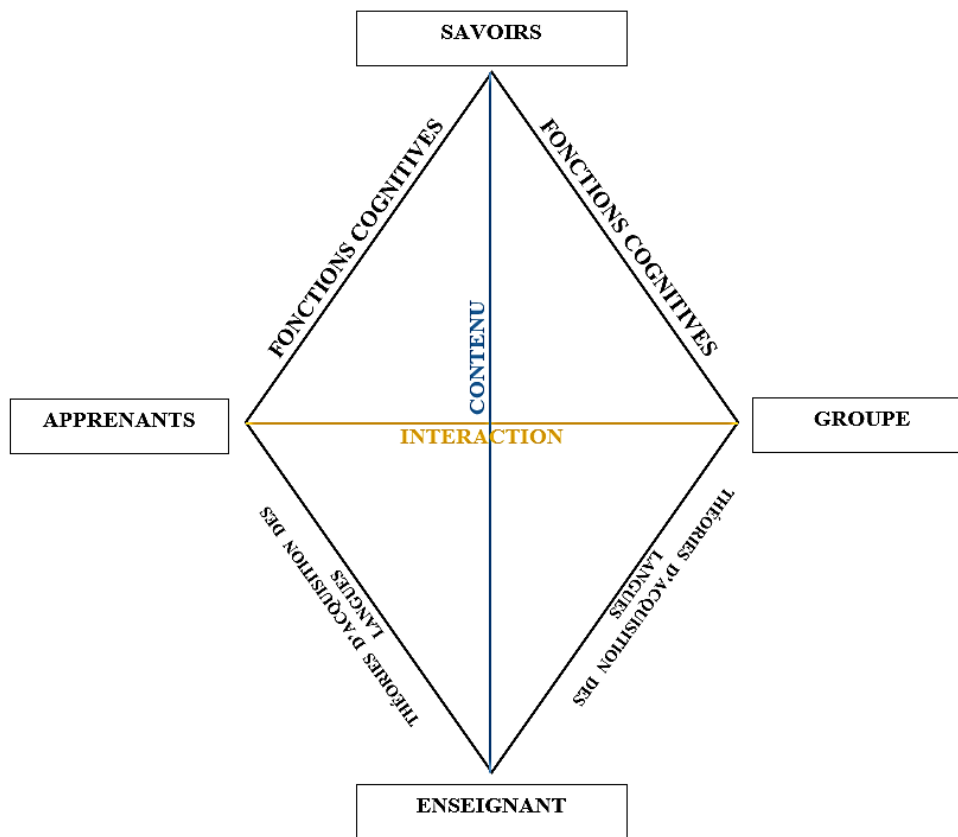


Figure 39 : Nouvelle représentation des interactions en cours d'anglais dans les facultés de médecine (adaptée du triangle didactique)

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'utilisateur 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).

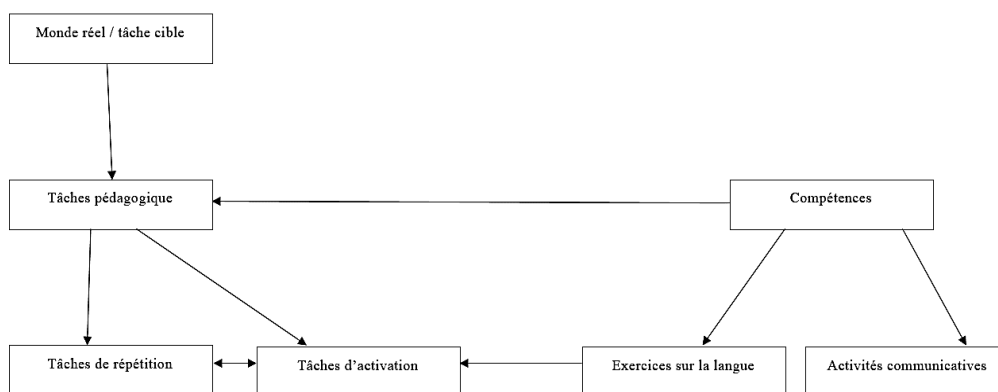


Figure 40 : Modélisation de l'apprentissage par la tâche (adaptée de Nunan, 2009)

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).

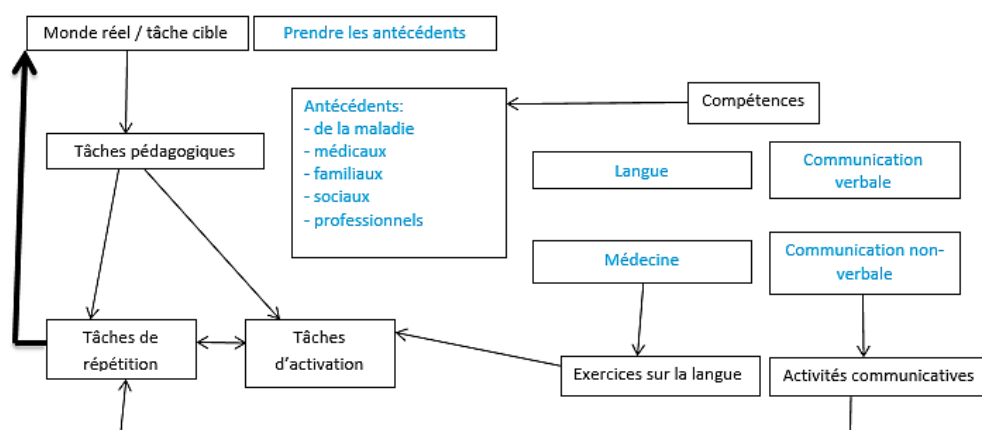


Figure 41 : Adaptation de la modélisation de Nunan (2009) pour l'apprentissage de la communication pour la consultation

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 connaît 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.

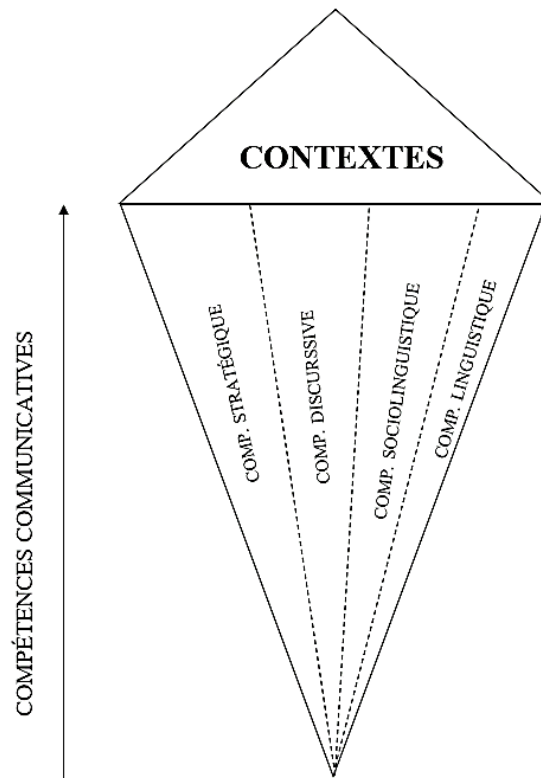


Figure 42 : Schéma modifié de la pyramide inversée de Savignon (1983)

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-clé dans la construction de la mémoire (Figure 43).

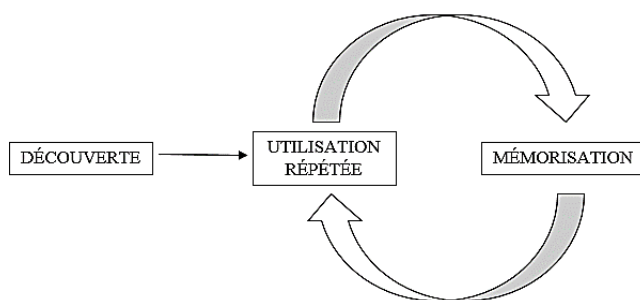


Figure 43 : Schématisation du fonctionnement du processus de mémorisation

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.

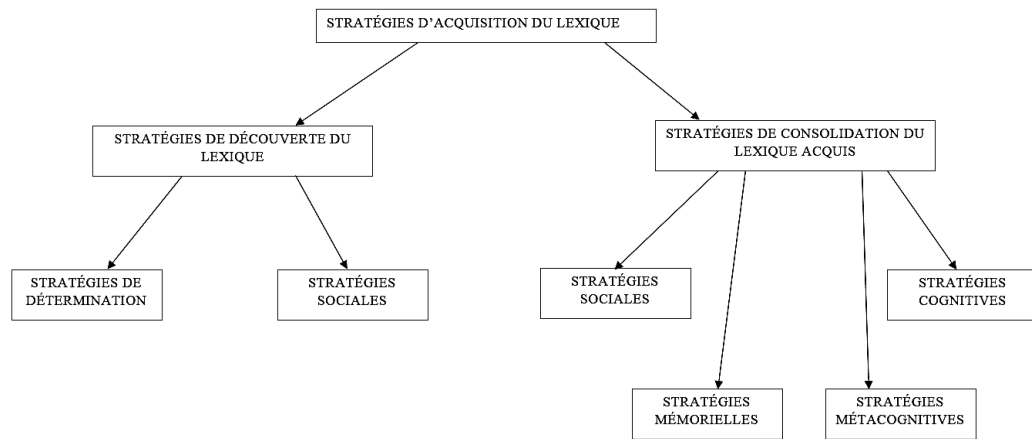


Figure 44 : Représentation des différents niveaux de stratégies d'acquisition du lexique (adapté de Schmitt, 2000)

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 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'aboutissement 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-intensive 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 appuyerons 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 pédaogo-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 q̄ 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 entraîné 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'appropriier 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).

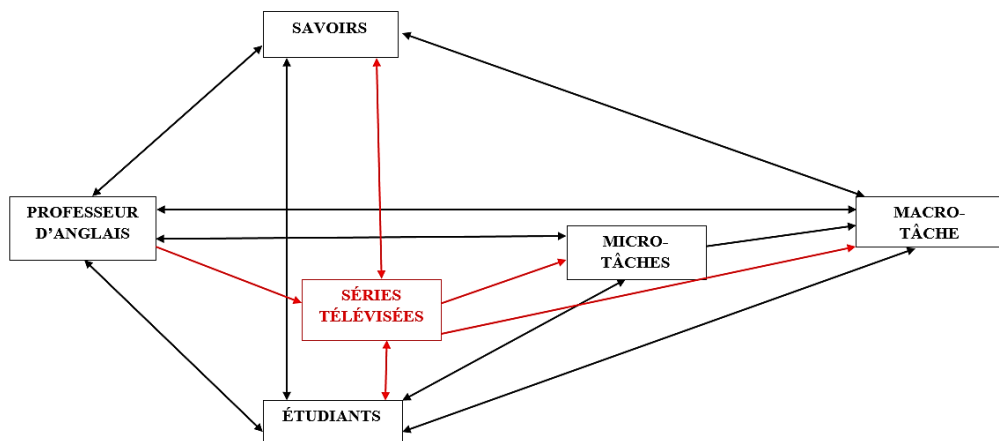


Figure 45 : Modèle d'ergonomie didactique représentant les interactions entre les différents pôles d'un cours d'anglais (adapté de Bertin & Narcy-Combes, 2013)

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 puisque l'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 1.4.2¹¹ 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)

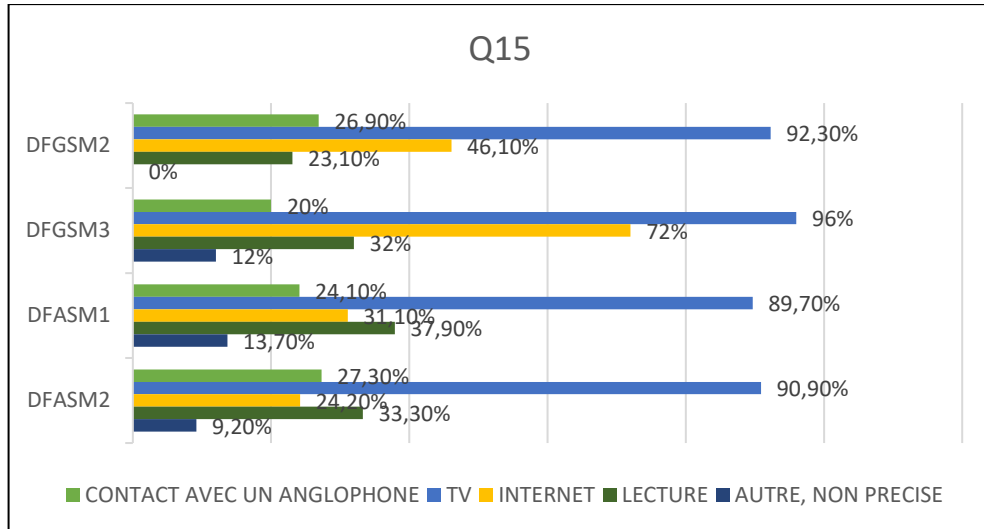


Figure 46 : Type de confrontation des étudiants de médecine de Dijon à l'anglais en dehors des cours d'anglais

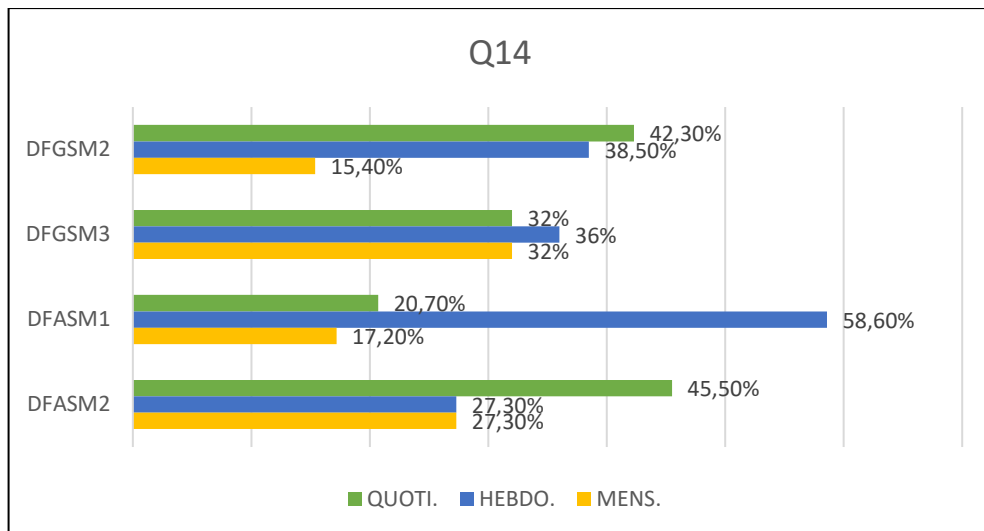


Figure 47 : Fréquence de confrontation des étudiants de médecine de Dijon à l'anglais en dehors des cours d'anglais

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 démontrant 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 influencer 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'explicitier 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* - S1E01¹²), 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 synopsis¹³. 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 | Courtney 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 Gibson, 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 Aniston, 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).

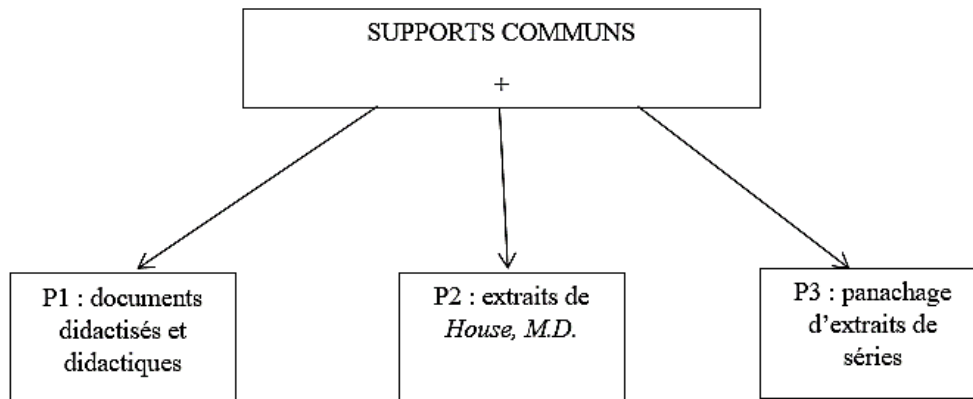


Figure 48 : Arborescence du nouveau programme d'enseignement

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).

Chapitre 5
Conception du programme d'enseignement/apprentissage

| | | |
|------|---|---|
| TD1 | <i>Taking a history</i> | Prise d'antécédents |
| TD2 | <i>Presenting complaint</i> | Les symptômes |
| TD3 | <i>Presenting complaint – pain</i> | Les symptômes : la douleur |
| TD4 | <i>Past medical history</i> | Les antécédents médicaux |
| TD5 | <i>Clinical exam: vital signs & review of the systems</i> | Examen clinique: constantes et systèmes |
| TD6 | <i>Clinical exam: neurological exam – mental assessment</i> | Examen clinique: examen neurologique – évaluation mentale |
| TD7 | <i>Clinical exam: neurological exam – physical assessment</i> | Examen clinique : examen neurologique – évaluation physique |
| TD8 | <i>Complementary exams</i> | Examens complémentaires |
| TD9 | <i>Announcing the diagnosis</i> | L'annonce du diagnostic |
| TD10 | <i>Prescribing</i> | Prescrire |
| TD11 | <i>Dealing with conflicts</i> | Gérer les conflits |
| TD12 | <i>Revision & exam practice</i> | 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 :

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

In the past month, have you had any of the following problems?

| | | |
|---|---|---|
| <p>GENERAL</p> <input type="checkbox"/> Recent weight gain; how much _____ | <p>NERVOUS SYSTEM</p> <input type="checkbox"/> Headaches | <p>PSYCHIATRIC</p> <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Recent weight loss: how much _____ | <input type="checkbox"/> Dizziness | <input type="checkbox"/> Excessive worries |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Fainting or loss of consciousness | <input type="checkbox"/> Difficulty falling asleep |
| <input type="checkbox"/> Weakness | <input type="checkbox"/> Numbness or tingling | <input type="checkbox"/> Difficulty staying asleep |
| <input type="checkbox"/> Fever | <input type="checkbox"/> Memory loss | <input type="checkbox"/> Difficulties with sexual arousal |
| <input type="checkbox"/> Night sweats | | <input type="checkbox"/> Poor appetite |
| <p>MUSCLE/JOINTS/BONES</p> <input type="checkbox"/> Numbness | <p>STOMACH AND INTESTINES</p> <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Frequent crying |
| <input type="checkbox"/> Joint pain | <input type="checkbox"/> Heartburn | <input type="checkbox"/> Sensitivity |
| <input type="checkbox"/> Muscle weakness | <input type="checkbox"/> Stomach pain | <input type="checkbox"/> Thoughts of suicide / attempts |
| <input type="checkbox"/> Joint swelling | <input type="checkbox"/> Vomiting | <input type="checkbox"/> Stress |
| Where? | <input type="checkbox"/> Yellow jaundice | <input type="checkbox"/> Irritability |
| | <input type="checkbox"/> Increasing constipation | <input type="checkbox"/> Poor concentration |
| | <input type="checkbox"/> Persistent diarrhea | <input type="checkbox"/> Racing thoughts |
| | <input type="checkbox"/> Blood in stools | <input type="checkbox"/> Hallucinations |
| | <input type="checkbox"/> Black stools | <input type="checkbox"/> Rapid speech |
| | | <input type="checkbox"/> Guilty thoughts |
| | | <input type="checkbox"/> Paranoia |
| | | <input type="checkbox"/> Mood swings |
| | | <input type="checkbox"/> Anxiety |
| | | <input type="checkbox"/> Risky behavior |
| | | <p>OTHER PROBLEMS:</p> |
| <p>EARS</p> <input type="checkbox"/> Ringing in ears | <p>SKIN</p> <input type="checkbox"/> Redness | |
| <input type="checkbox"/> Loss of hearing | <input type="checkbox"/> Rash | |
| | <input type="checkbox"/> Nodules/bumps | |
| | <input type="checkbox"/> Hair loss | |
| | <input type="checkbox"/> Color changes of hands or feet | |
| <p>EYES</p> <input type="checkbox"/> Pain | <p>BLOOD</p> <input type="checkbox"/> Anemia | |
| <input type="checkbox"/> Redness | <input type="checkbox"/> Clots | |
| <input type="checkbox"/> Loss of vision | | |
| <input type="checkbox"/> Double or blurred vision | <p>KIDNEY/URINE/BLADDER</p> <input type="checkbox"/> Frequent or painful urination | |
| <input type="checkbox"/> Dryness | <input type="checkbox"/> Blood in urine | |
| <p>THROAT</p> <input type="checkbox"/> Frequent sore throats | <p>Women Only:</p> <input type="checkbox"/> Abnormal Pap smear | |
| <input type="checkbox"/> Hoarseness | <input type="checkbox"/> Irregular periods | |
| <input type="checkbox"/> Difficulty in swallowing | <input type="checkbox"/> Bleeding between periods | |
| <input type="checkbox"/> Pain in jaw | <input type="checkbox"/> PMS | |
| <p>HEART AND LUNGS</p> <input type="checkbox"/> Chest pain | | |
| <input type="checkbox"/> Palpitations | | |
| <input type="checkbox"/> Shortness of breath | | |
| <input type="checkbox"/> Fainting | | |
| <input type="checkbox"/> Swollen legs or feet | | |
| <input type="checkbox"/> Cough | | |

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

curcus 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).

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

| | | | |
|---------------------------|-----------------|-------------------------|---|
| FIRST NAME : <u>MARIA</u> | | LAST NAME: <u>BANKS</u> | |
| 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 : <u>MARIA</u> | | LAST NAME: <u>BANKS</u> (65 years old) | |
| PHONE : <u>01772 476 983</u> | | | |
| FAMILY DOC: <u>Dr JAMES (Preston, Lancashire)</u> | | | |
| 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).

Chapitre 5
Conception du programme d'enseignement/apprentissage

| <u>ACHES & PAINS</u> | | | | |
|--------------------------|----------|-----------|------------|-----------|
| head | abdomen | teeth | eyes | |
| chest | muscle | neck | loin | back |
| <u>GENERAL SYMPTOMS</u> | | | | |
| malaise | weakness | fatigue | drowsiness | insomnia |
| anorexia | nausea | vomiting | wt loss | heartburn |
| fever | | | chills | sweat |
| numbness | tingling | swelling | | |
| bleeding | rash | bruising | | |
| <u>GI</u> | | | | |
| | DURATION | TREATMENT | FREQUENCY | |
| Feces | | | | |
| Diarrhoea/Constip | | | | |

Illustration 7 : Partie *presenting complaint* du cas clinique *Maria Banks* – fiche étudiant

| <u>ACHES & PAINS</u> | | | | |
|--------------------------|----------|-----------|------------|-----------|
| head | abdomen | teeth | eyes | |
| chest | muscle | neck | loin | back |
| <u>GENERAL SYMPTOMS</u> | | | | |
| malaise | weakness | fatigue | drowsiness | insomnia |
| anorexia | nausea | vomiting | wt loss | heartburn |
| fever | | | chills | sweat |
| numbness | tingling | swelling | | |
| bleeding | rash | bruising | | |
| <u>GI</u> | | | | |
| | 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).

| <u>VITAL SIGNS</u> | | | | |
|----------------------|-------------------|---------------------|---|-------------------|
| T: 37.2 | P:68 | RR:14 | BP:120/80 | |
| <u>CLINICAL EXAM</u> | | | | |
| | <u>INSPECTION</u> | <u>AUSCULTATION</u> | <u>PALPATION</u> | <u>PERCUSSION</u> |
| 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.

| |
|---|
| COMPLEMENTARY EXAMS: blood test (FBC + haemoglobin) + colonoscopy + biopsy |
| DIAGNOSIS: colon cancer |
| III: surgery : colonectomy |

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 anglophones¹⁴. 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=oMaTeGjOPsU>

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 sélectionnés, 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.

| | <i>House, M.D.</i> | Durée | Interaction | | <i>House, M.D.</i> | Durée | Interaction |
|------------------------------|--------------------|-------|-------------|------------------------|--------------------|-------|-------------|
| TD1 | S1E11 | 1:58 | D/P | TD7 | S2E17 | 0:50 | D/P |
| | S2E14 | 0:27 | D/P | | S3E15 | 0:40 | D/P |
| | S3E06 | 1:36 | D/P | | S3E17 | 0:56 | P/P |
| TD2 | S1E03 | 0:27 | P | S5E09 | 0:21 | D/D | |
| | S3E16 | 1:05 | D/P | S5E11 | 0:28 | D/P | |
| | S3E19 | 0:40 | D/P | <i>Cranial nerves</i> | 1:34 | D/P | |
| TD3 | S1E14 | 0:33 | D/P | <i>Lower limb exam</i> | 1:28 | D/P | |
| | S1E21 | 0:53 | D/P | <i>Upper limb exam</i> | 2:05 | D/P | |
| | S2E01 | 0:19 | D/P | TD8 | S1E05 | 0:33 | D/D |
| TD4 | S2E10 | 0:24 | D/P | | S5E09 | 0:36 | D/P |
| | S3E16 | 1:20 | D/P | | S5E11 | 0:21 | D/D |
| | S5E19 | 0:22 | D/P | | S5E16 | 0:31 | D/P |
| TD5 | S2E01 | 0:33 | D/P | | S5E19 | 0:19 | D/P |
| | S2E03 | 0:49 | D/P | TD9 | S1E21 | 0:21 | D/P |
| | S2E08 | 0:30 | D/P | | S3E06 | 0:47 | D/P |
| | S5E11 | 0:16 | D/D | | S3E20 | 1:23 | D/D |
| TD6 | S2E10 | 0:41 | D/P | | S4E09 | 1:16 | D/P |
| | S8E09 | 0:59 | D/P | TD10 | S1E05 | 1:30 | D/P |
| | <i>Mr Walters</i> | 3:42 | D/P | | S1E05 | 1:48 | D/P |
| | <i>MMSE</i> | 2:47 | 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.

Chapitre 5
Conception du programme d'enseignement/apprentissage

| | Série / Épisode | Durée | Interaction | | Série / Épisode | Durée | Interaction |
|------------------------------|---|-----------------|----------------|-----------------------------|--------------------------------------|-------|-------------|
| TD1 | <i>Friends</i> S9E02 | 0:44 | P/P | TD7 | <i>House, M.D.</i> S2E17 | 0:50 | D/P |
| | <i>Parks and Recreation</i> S5E18 | 0:47 | D/P | | <i>House, M.D.</i> S3E15 | 0:40 | D/P |
| | <i>Speechless</i> S1E11 | 0:45 | D/P | | <i>House, M.D.</i> S3E17 | 0:56 | P/P |
| TD2 | <i>The Big Bang Theory</i> S1E11 | 1:52 | P/P | <i>House, M.D.</i> S5E09 | 0:21 | D/D | |
| | <i>Modern Family</i> S2E09 | 0:35 | P/P | <i>House, M.D.</i> S5E11 | 0:28 | D/P | |
| | <i>The Fosters</i> S4E11 | 1:01 | D/P | Cranial nerves | 1:34 | D/P | |
| TD3 | <i>The Big Bang Theory</i> S4E02 | 1:52 | P/P | Lower limb exam | 1:28 | D/P | |
| | <i>Friends</i> S6E15 | 0:29 | P/P | Upper limb exam | 2:05 | D/P | |
| TD4 | <i>The Big Bang Theory</i> S3E08 | 1:33 | P/P | TD8 | <i>The Big Bang Theory</i> S2E10 | 1:04 | D/P |
| | <i>House, M.D.</i> S3E16 | 1:20 | D/P | | <i>Desperate Housewives</i> S3E22 | 1:52 | D/P |
| TD5 | <i>House, M.D.</i> S2E01 | 0:33 | D/P | TD9 | <i>Brooklyn Nine-Nine</i> S3E12 | 1:21 | D/P |
| | <i>House, M.D.</i> S2E03 | 0:49 | D/P | | <i>Cougar Town</i> S4E09 | 0:36 | D/P |
| | <i>House, M.D.</i> S2E08 | 0:30 | D/P | | <i>Modern Family</i> S4E15 | 0:39 | D/P |
| | <i>House, M.D.</i> S5E11 | 0:16 | D/D | | <i>House, M.D.</i> S1E21 | 0:21 | D/P |
| TD6 | <i>House, M.D.</i> S2E10 | 0:41 | D/P | <i>House, M.D.</i> S3E06 | 0:47 | D/P | |
| | <i>Desperate Housewives</i> S3E04 | 1:50 | D/P | TD10 | <i>House, M.D.</i> S1E05 | 1:30 | D/P |
| | Mr Walters | 3:42 | D/P | | <i>The Ranch</i> S1E03 | 1:06 | D/P |
| | MMSE | 2:47 | D/P | | <i>Two and a half men</i> S5E05 | 0:57 | D/P |
| | | | | TD11 | <i>Criminal Minds</i> S5E01 | 1:04 | D/P |
| | | | | | <i>House, M.D.</i> S3E10 | 1:31 | D/P |
| | | | | | <i>House, M.D.</i> 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'expliquer 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.

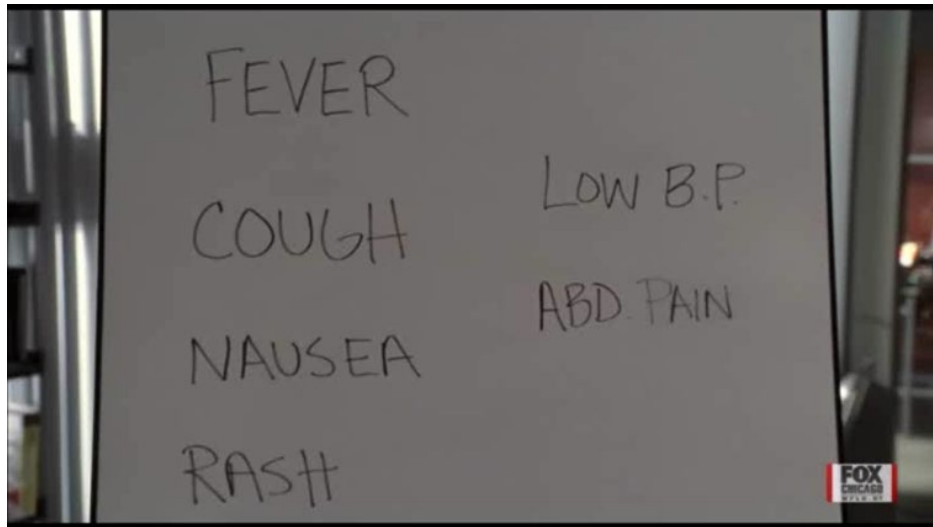


Illustration 12 : Copie d'écran du tableau blanc (*House, M.D.*, S1E03)

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 | <ul style="list-style-type: none"> - NHS¹⁶ - CDC - JAMA - Lancet - NEJM - BMJ - 1 WL complète associant toutes les WL du corpus | | |
| Documents | PROGRAMME 1 | PROGRAMME 2 | PROGRAMME 3 |
| | - 25 documents | - 36 documents | - 32 documents |
| | - 11 powerpoints | - 11 powerpoints | - 11 powerpoints |
| | - 1 WL complète | - 1 WL complète | - 1 WL complète |
| Productions étudiantes | PROGRAMME 1 | PROGRAMME 2 | PROGRAMME 3 |
| | - 31 candidats | - 33 candidats | - 31 candidats |
| | - 13 cas cliniques | - 13 cas cliniques | - 13 cas cliniques |
| | - 5 candidats années supérieures | - 5 candidats années supérieures | - 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 |
|---|----------------------|--------------------------|---|------------------------------------|
| <i>British Journal of Medicine</i> (BMJ) | britannique | 23.562 | https://casereports.bmj.com/pages/authors/ | 2014-18 |
| <i>Lancet</i> | britannique | 53.254 | https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/authors/lancet-information-for-authors.pdf | 2006-17 |
| <i>New England Journal of Medicine</i> (NEJM) | américain | 79.258 | https://www.nejm.org/author-center/article-types | 2015-18 |
| <i>Journal of the American Medical Association</i> (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 |
|---|---------------------------|----------------------|
| <i>British Journal of Medicine</i> (BMJ) | 50 | 4 343 |
| <i>Lancet</i> | 50 | 5 780 |
| <i>New England Journal of Medicine</i> (NEJM) | 50 | 13 936 |
| <i>Journal of the American Medical Association</i> (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 apparaître 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.

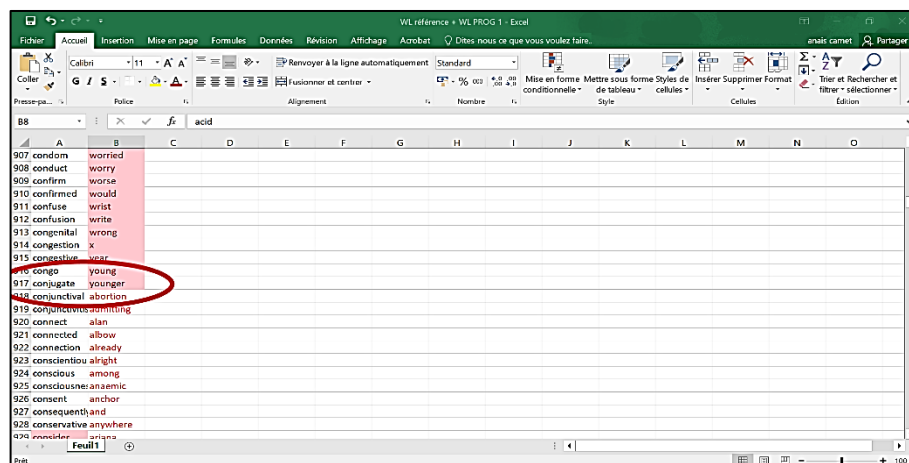


Illustration 13 : Repérage semi-automatisé du nombre de cooccurrences entre la WL référence et la WL PROG 1

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 | <i>House, M.D.</i> | 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 <i>House, M.D.</i> 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 chiffrées 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 shows three examples of questionnaire questions:

- Left (Closed):** A box containing the question "Lisez-vous en anglais? *" with two radio button options: "Oui" and "Non".
- Center (Text-based):** A box containing the question "Spécialité médicale *" with a text input field below it labeled "Short answer text".
- Right (Multiple Choice):** A box containing the question "Statut professionnel: *" with five radio button options: "PU-PH", "MCU-PH", "AHU", "CCA", and "Other...".

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 shows a short questionnaire section:

AVANT DE SUIVRE LE MODULE :

- Comment avez-vous connu le module ? _____
- Pourquoi avez-vous choisi ce module ? _____
- Quels étaient vos objectifs en vous inscrivant ? _____

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).

A quelle fréquence êtes-vous confronté à la langue anglais? Confrontation... *

quotidienne

hebdomadaire

mensuelle

trimestrielle

semestrielle

| 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 destroy 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. (<i>Student t-test</i>) |
| Test de Student indépendant | Compare les moyennes de deux groupes d'échantillons indépendants. (<i>two-sample t-test</i>) |
| 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 Khi ² | 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'explicitier 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 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 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)

Chapitre 7
Instruments de l'expérimentation

| | |
|--|--|
| 6/Fill in the dialogue using only questions | |
| D: _____? | |
| P: <i>the pain is right here.</i> | |
| D: _____? | |
| P: <i>it's a sharp, stabbing pain. It's like a knife.</i> | |
| D: _____? | |
| P: <i>if I take a deep breath or I cough, it's really bad.</i> | |
| D: _____? | |
| P: <i>for about 25 years.</i> | |
| D: _____? | |
| P: <i>almost two packs a day.</i> | |
| D: _____? | |
| P: <i>no, I am not a drug user!</i> | |

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: | | | |
| <input type="checkbox"/> One hundred and sixty out of eighty <input type="checkbox"/> One sixty over eighty <input type="checkbox"/> 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, & Jacquy, 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 reconnaître 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 : | <i>patient</i> → enseignant |
| D : | <i>doctor</i> → 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.

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

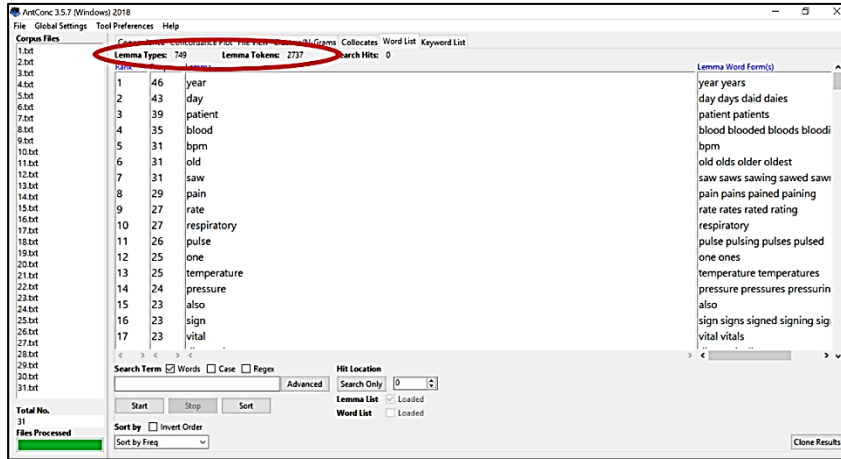


Illustration 21 : Capture d'écran *AntConc* présentant un exemple de liste de fréquence des mots employés par un étudiant lors de l'évaluation finale

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).

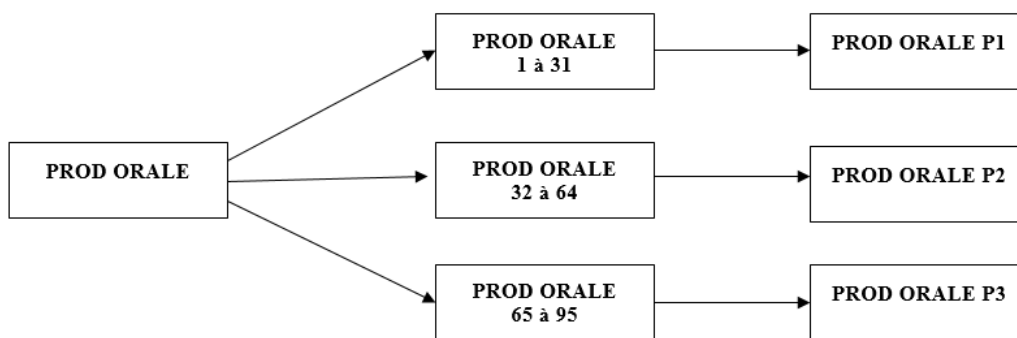


Figure 49 : Arborescence des WL du corpus Prod Oral

| WL | Types |
|--------------|-------|
| Prod Oral P1 | 1 151 |
| Prod Oral P2 | 1 127 |
| Prod Oral P3 | 1 219 |

Tableau 32 : Nombre de types des WL Prod Oral 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).

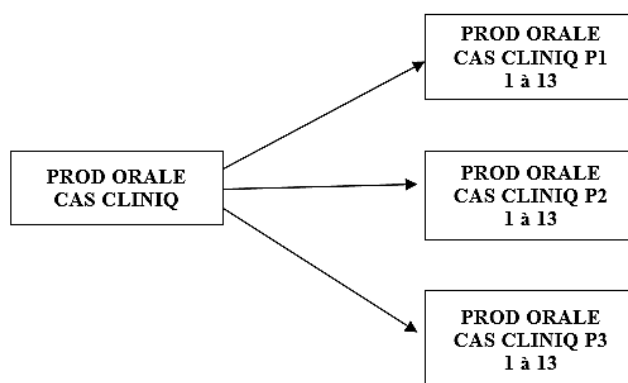


Figure 50 : Arborescence des WL Prod Orale Cas Clinique par programme

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 | DATE | CAS CLINIQUE | |
|-------------|---|------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| | | EXAMEN PASSAGE 1 | EXAMEN PASSAGE 2 | PASSAGE 1 | PASSAGE 2 |
| 11 | 1 | 12/2016 | 04/2019 | <i>Keen</i> | <i>Blacks</i> |
| 22 | 1 | 12/2016 | 04/2018 | <i>Smith</i> | <i>Smith</i> |
| 23 | 1 | 12/2016 | 04/2018 | <i>Smith</i> | <i>Smith</i> |
| 25 | 1 | 12/2016 | 04/2018 | <i>Friegger</i> | <i>Friegger</i> |
| 27 | 1 | 12/2016 | 04/2018 | <i>Blacks</i> | <i>Blacks</i> |
| 39 | 2 | 04/2017 | 04/2019 | <i>Taub</i> | <i>Friegger</i> |
| 53 | 2 | 04/2017 | 04/2018 | <i>Bento</i> | <i>Bento</i> |
| 54 | 2 | 12/2016 | 04/2018 | <i>Friegger</i> | <i>Smith</i> |
| 56 | 2 | 12/2016 | 04/2018 | <i>Friegger</i> | <i>Friegger</i> |
| 57 | 2 | 12/2016 | 04/2018 | <i>Friegger</i> | <i>Friegger</i> |
| 69 | 3 | 12/2017 | 04/2019 | <i>Cross</i> | <i>Smith</i> |

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 |
|--|---|---|--|--|
| <p>OPEN/CLOSED QUESTIONS</p> <p>Uses open/closed questions</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Begins with patient's story using open-ended questions ("Tell me about ..."). - Clarifies details as necessary with more specific or "yes/no" questions. | <ul style="list-style-type: none"> - 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. | <ul style="list-style-type: none"> - 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. | <ul style="list-style-type: none"> - 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. |
| <p>VOCABULARY</p> <p>Uses concise, easily understood jargon</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Explains using words that are easy for patient to understand. | <ul style="list-style-type: none"> - Assesses the patient's ability to communicate. | <ul style="list-style-type: none"> - Uses concise, easily understood questions and comments, avoids or adequately explains jargon. | <ul style="list-style-type: none"> - Adapt to patient's level of understanding (e.g., avoid/explain jargon). |
| <p>PATIENT UNDERSTANDING</p> <p>Verifies understanding</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Assesses patient's understanding of problem. - Asks whether patient has any questions. | | <ul style="list-style-type: none"> - Checks patient's understanding of information given. | <ul style="list-style-type: none"> - Encourage patient to ask questions / check understanding. |
| <p>ENDING CONSULTATION</p> <p>Closes session: summarizing, final check</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Summarizes. - Clarifies follow-up or contact arrangements. - Acknowledges patient and closes interview. | <ul style="list-style-type: none"> - Asks patient if he/she has any questions or comments. - Makes appropriate follow-up arrangements. | <ul style="list-style-type: none"> - Summarises session briefly and clarifies plan of care. - Final check that patient agrees and is comfortable with plan. | <ul style="list-style-type: none"> - 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 | 0 | 1 | 2 |
| 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 : débiter 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 <i>just</i> gas (P3 – <i>Speechless</i> – S1E11) |
| now | marqueur temporel | I feel a lot better <i>now</i> (P2 – <i>House, M.D.</i> – S1E21) |
| so | emphase | it was <i>so</i> bad I couldn't breathe (P1 – Mr Green) |
| well | adverbe expression figée | I'm not sleeping very <i>well</i> (P1 – Mrs Brown) might <i>as well</i> hand out Band-aid for a severed carotid (P2/P3 – <i>House, M.D.</i> – S3E10) |
| right | adverbe de localization confirmation | what do you call this item <i>right</i> here? (P1/P2/P3 – MMSE) she's the redhead, <i>right</i> ? (P3 – <i>Desperate Housewives</i> – S3E04) |
| oh | expression figée | <i>oh</i> God (P2 – <i>House, M.D.</i> – S3E17) <i>oh</i> Lord (P3 – <i>The Big Bang Theory</i> – S4E02) |
| good | adjectif réponse | sounds <i>good</i> (P3 – The Ranch – S1E03) Would that be ok? <i>good</i> ! (P1/P2/P3 – upper limb exam) |
| yeah | réponse | are you kidding me? <i>yeah</i> (P2/P3 – <i>House, M.D.</i> – S1E05) |
| really | adverbe confirmation | this is <i>really</i> embarrassing (P1 – Miss Gynobs) Rex is dead. <i>Really</i> ? (P3 – <i>Desperate Housewives</i> – 304) |
| great | adjectif | they're <i>great</i> (P2/P3 – 208) |
| I know | sujet ou | <i>I know</i> your face (P1 – Mr Walters) |
| I think | complément | you are who <i>I think</i> you are (P1 – Mr Jones) |
| you know | | if <i>you know</i> what I mean (P2 – <i>House, M.D.</i> – 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

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

| 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 : | |
|---------------------|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Fort 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 | | 11 | 15 | 1 | 4 |
| | 25 (80,65 %) | 6 (19,35 %) | (35,48 %) | (48,39 %) | (3,22 %) | (12,91 %) |
| P2 | 33 | | 13 | 14 | 3 | 3 |
| | 26 (78,79 %) | 7 (21,21 %) | (39,39 %) | (42,43 %) | (9,09 %) | (9,09 %) |
| P3 | 31 | | 12 | 15 | 3 | 1 |
| | 24 (77,42 %) | 7 (22,58 %) | (38,71 %) | (48,39 %) | (9,68 %) | (3,22 %) |
| Total | 95 | | 36 | 44 | 7 | 8 |
| | 75 (78,95 %) | 20 (21,05 %) | (37,89 %) | (46,32 %) | (7,37 %) | (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 craignons 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.

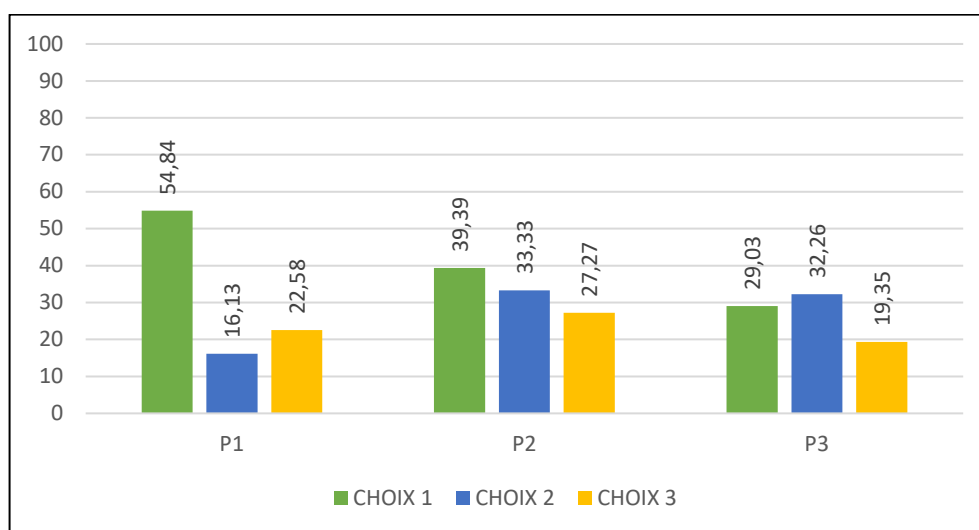
8.1.1. Choix et motivation des étudiants

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

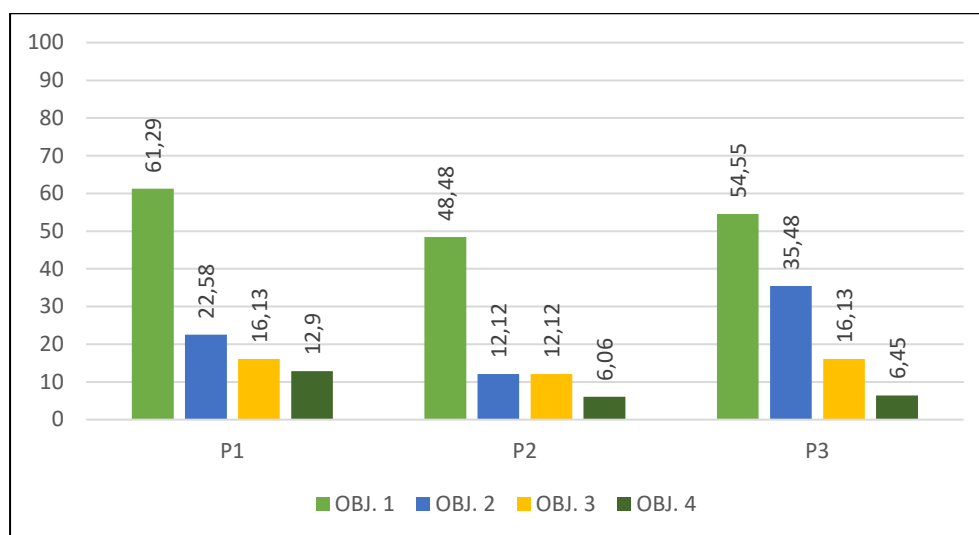
Choix 2 : aiment l'anglais

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

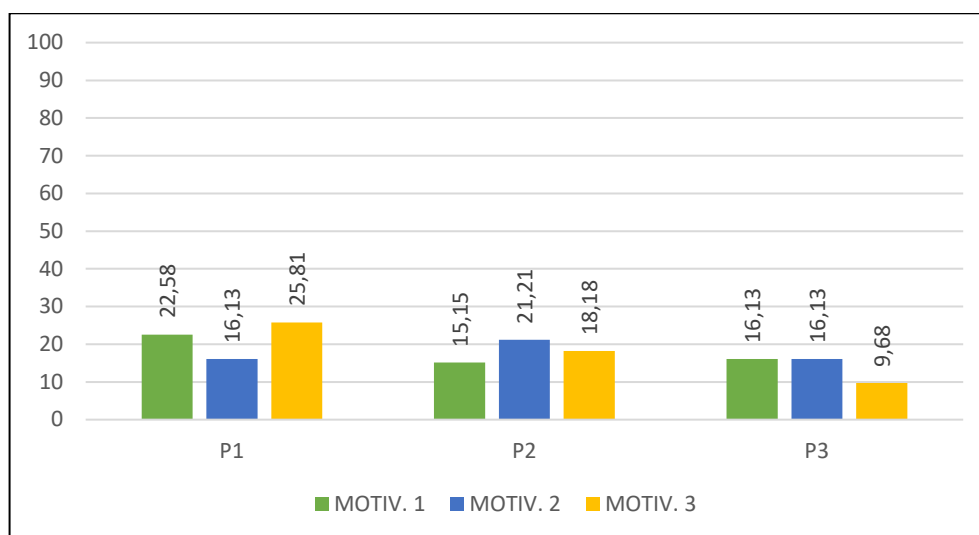
Objectif 2 : acquérir du vocabulaire médical

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).

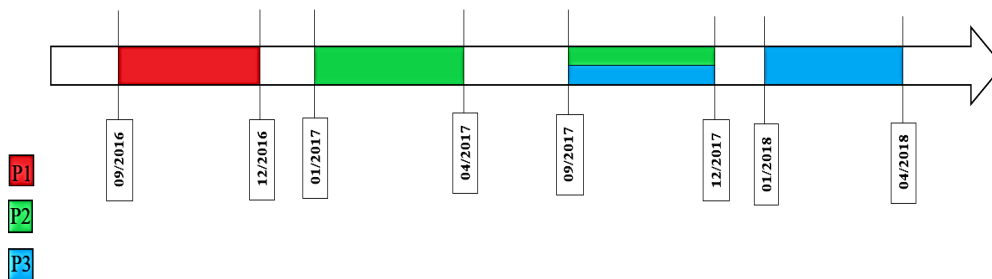


Figure 54 : Chronologie du déroulement des cours de la recherche-action

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'avons 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.

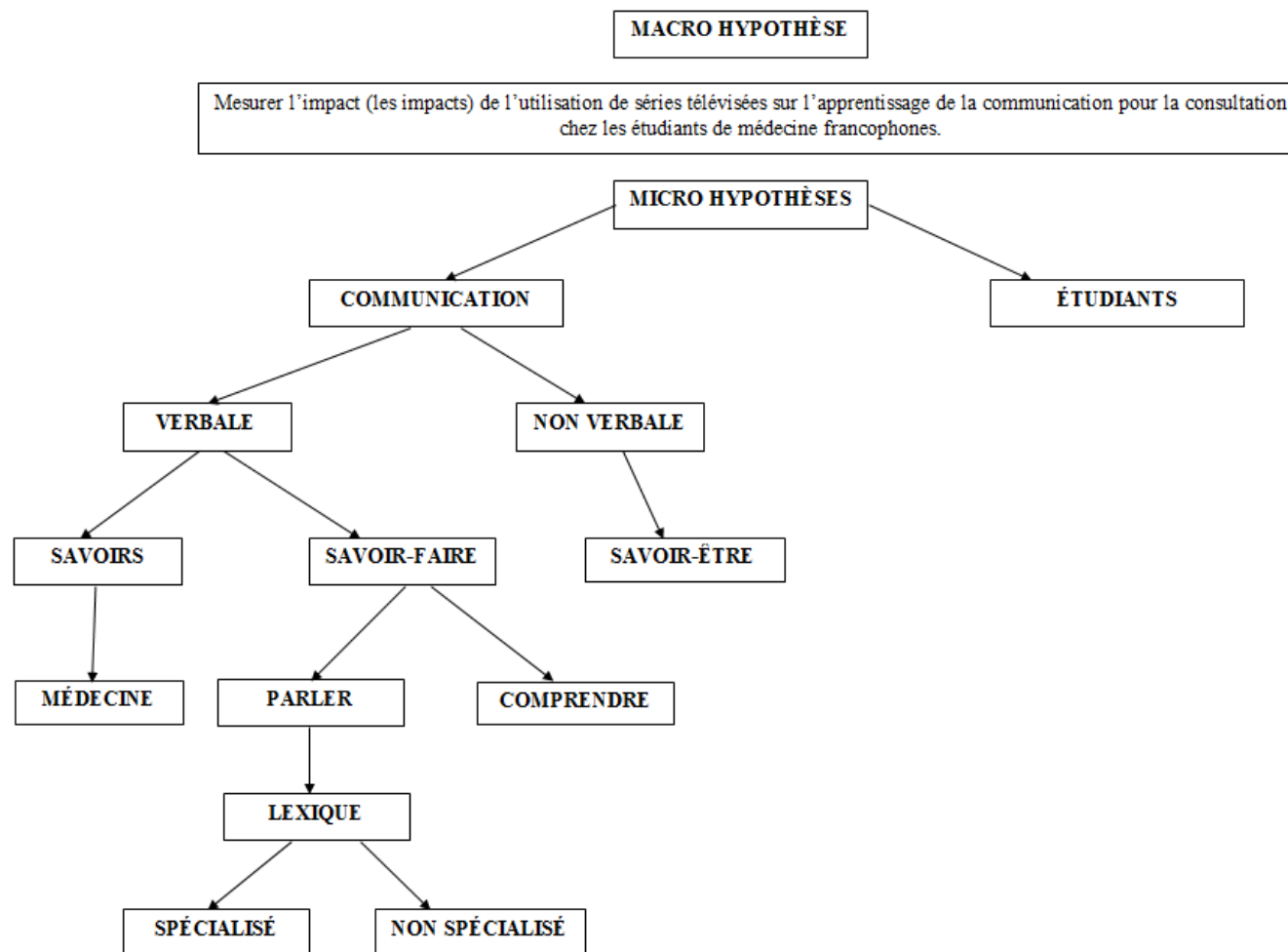


Figure 55 : Représentation des différentes hypothèses émises en amont de la recherche-action

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 fautive zéro.

| | P1 (n=31) | | P2 (n=33) | | P3 (n=31) | |
|---------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | PRÉ- | POST- | PRÉ- | POST- | PRÉ- | POST- |
| Total | 382† | 528 | 461 | 652 | 442 | 592 |
| (%) | (42,49) | (58,73) | (39,84) | (56,35) | (49,17) | (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

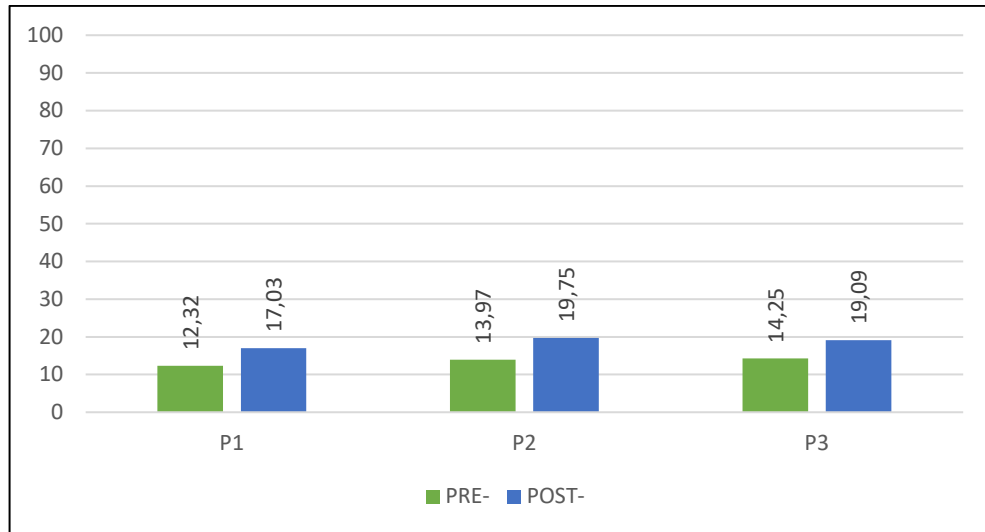


Figure 56 : Moyenne de réponses correctes des trois groupes (P1, P2, P3) pour le pré- et le post-test

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.

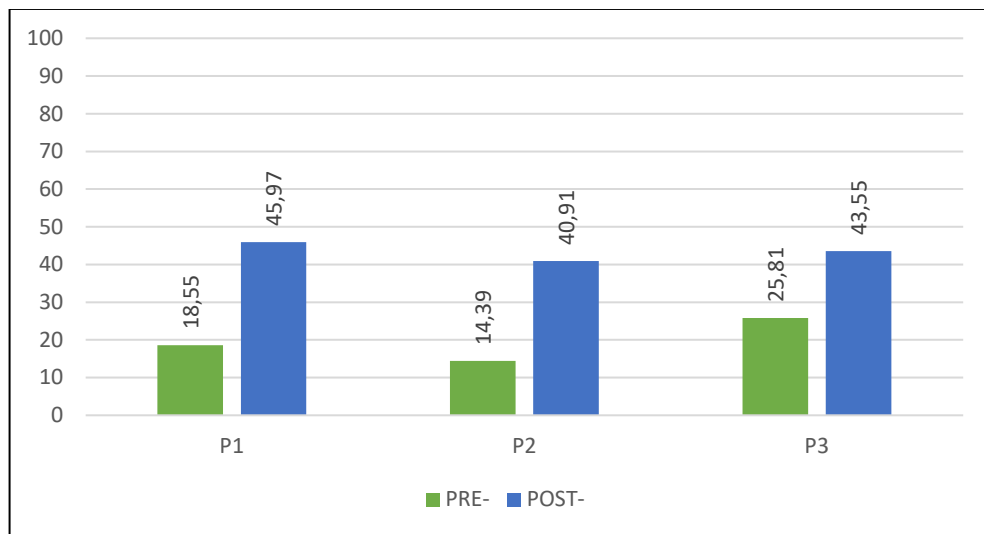
| | différence moy. | t | df | p |
|----------|-----------------|--------|----|-------|
| P1 vs P2 | -1,65 | -1,50 | 92 | 0,295 |
| P1 vs P3 | -1,935 | -1,736 | 92 | 0,197 |
| p2 vs p3 | -0,288 | -0,263 | 92 | 0,963 |

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.

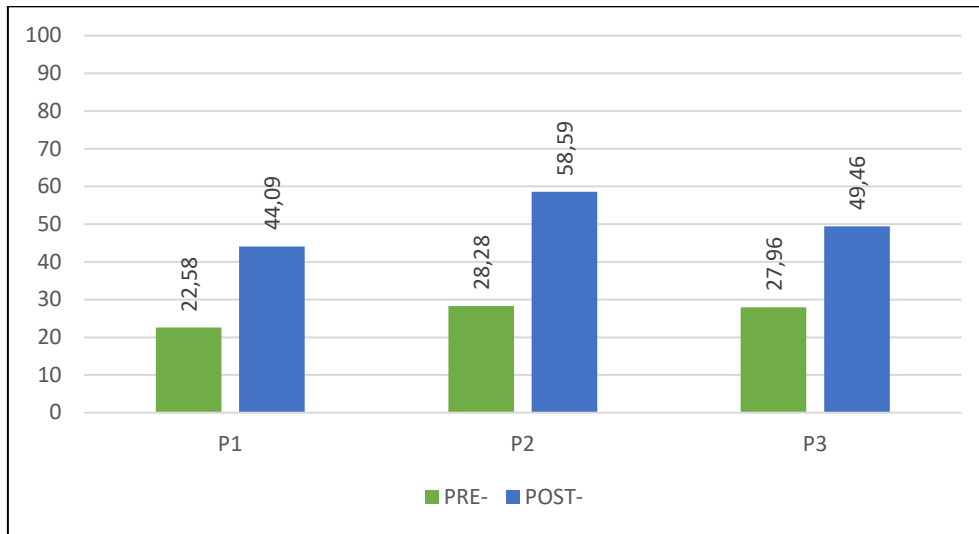


| P1 (n=31) | | | P2 (n=33) | | | P3 (n=31) | | |
|--------------|---------|---------|--------------|---------|---------|--------------|---------|---------|
| PRÉ- | POST- | DIFF | PRÉ- | POST- | DIFF | PRÉ- | POST- | DIFF |
| 23 | 57 | 34 | 19 | 54 | 35 | 32 | 54 | 22 |
| (%) (18,55) | (45,97) | (27,42) | (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

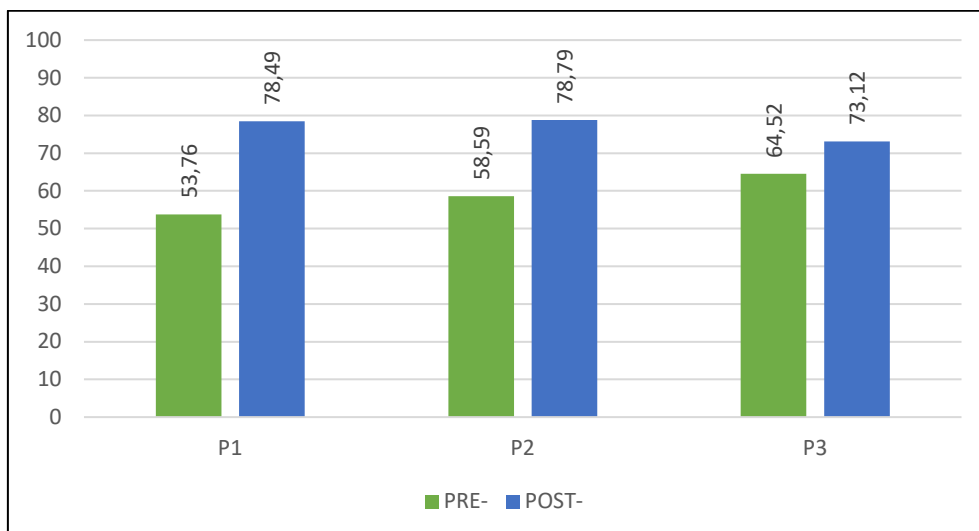
lors du post-test, même si leur niveau de connaissances lors du pré-test était similaire à celui des étudiants du P3 (Figure 58).



| 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

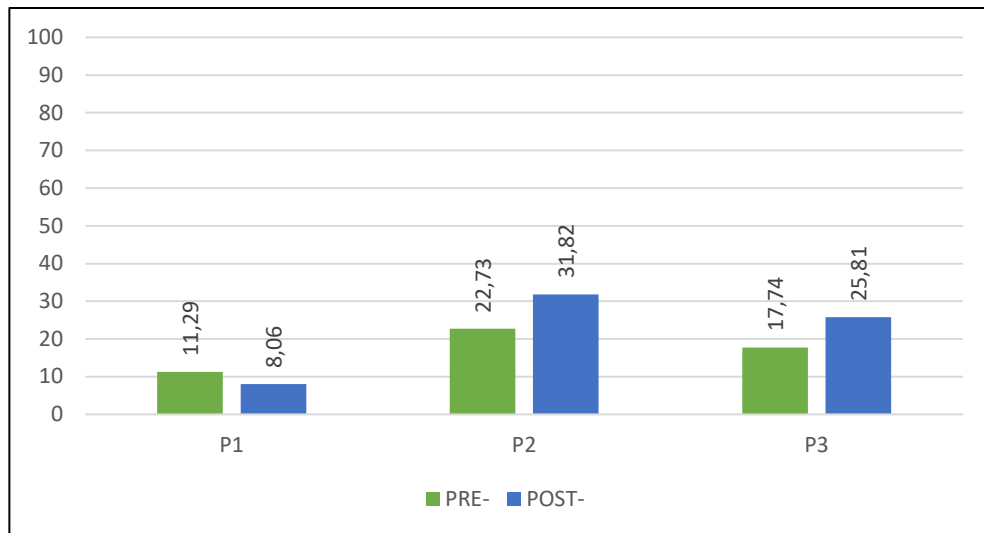
Dans l'exercice 3, les étudiants doivent trouver l'intrus dans chaque ligne. Pour cet exercice, la meilleure progression se trouve chez les étudiants du P1 (Figure 59).



| 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

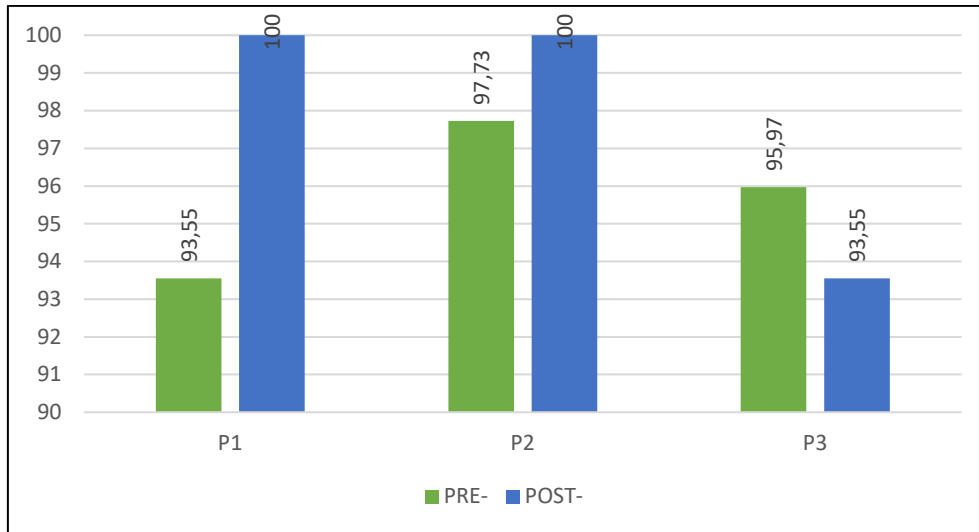
On attend des étudiants, dans le quatrième exercice, qu'ils trouvent un mot commun à partir d'une liste de quatre mots. Les étudiants du P1 ont régressé lors du post-test, tandis que les étudiants du P2 et du P3 ont progressé (Figure 60). Une nouvelle fois, ce sont les étudiants du P2 qui comptent le 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

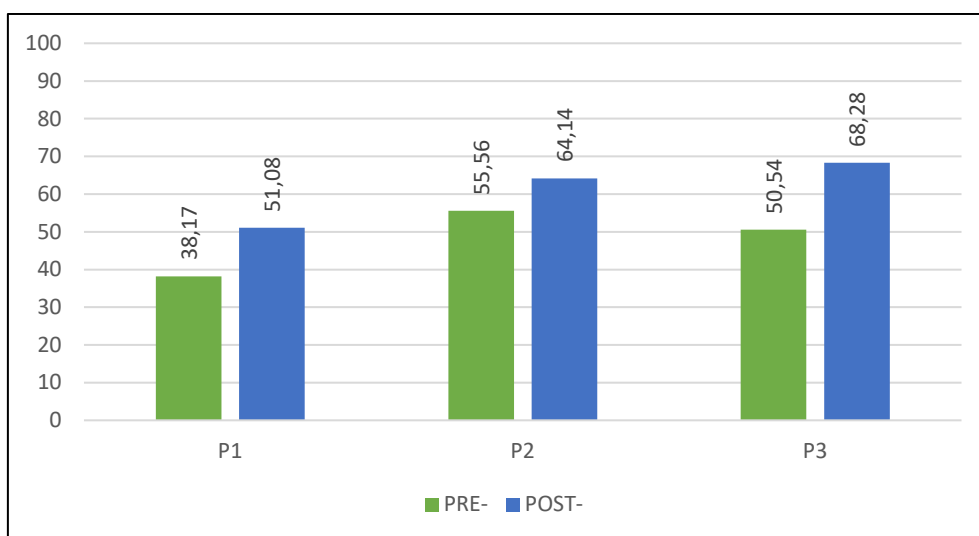
Dans l'exercice suivant, les étudiants doivent relier le terme médical au terme courant. Les étudiants du P1 et du P2 ont progressé, mais ceux du P3 ont, quant à eux, régressé (Figure 61). Les trois groupes ont très bien réussi cet exercice lors des deux phases de test, malgré la baisse du nombre de 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

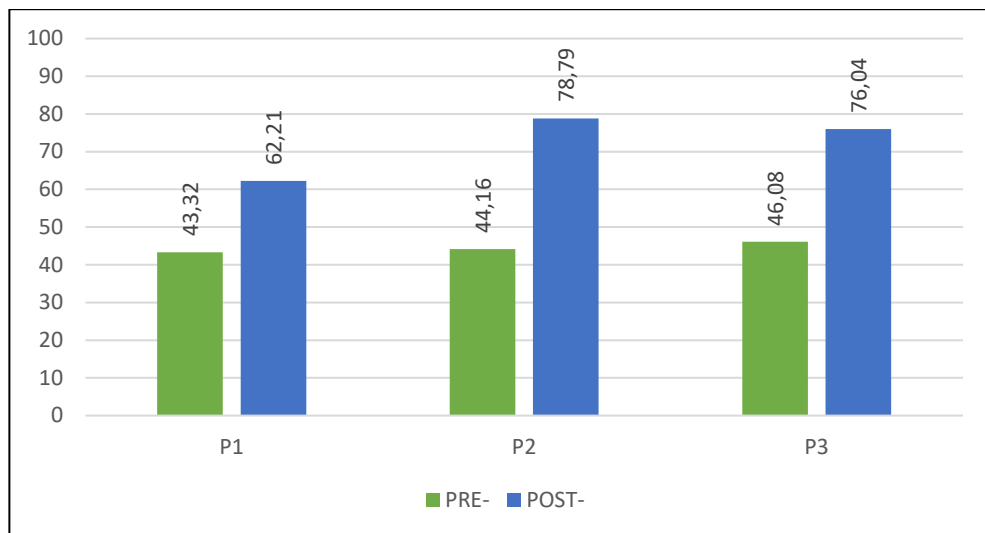
L'exercice 6 consiste à compléter un dialogue entre un médecin et un patient en ne rédigeant que les questions. Pour obtenir les résultats de cet exercice, toutes les questions qui sont grammaticalement correctes, et qui fonctionnent en face de la réponse, sont comptabilisées. Au regard des résultats, 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 maîtrisent 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

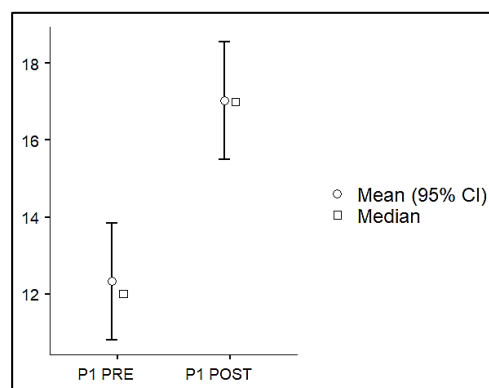


Figure 64 : Évolution de la moyenne des étudiants du P1 (boxplot)

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

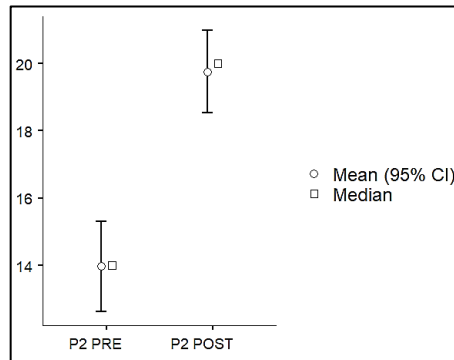


Figure 65 : Évolution de la moyenne des étudiants du P2 (boxplot)

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

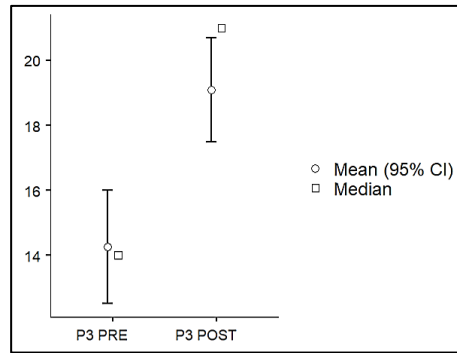


Figure 66 : Évolution de la moyenne des étudiants du P3 (boxplot)

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 ambiguës : 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 ($\chi^2=47,3$; $p<0,001$) (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 |

| Khi ² | df | <i>p</i> |
|------------------|----|----------|
| 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 | <i>p</i> |
| 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 | <i>t</i> | df | <i>p</i> |
|----------|--------------------|----------|------|----------|
| 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 Khi^2 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 proximité 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 Khi^2 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 ^x¹⁷ 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.

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

| N° ano.† | WL PROG 1 (1 303 types) P1 (n=31) | | N° ano. | WL PROG 2 (1 265 types) P2 (n=33) | | N° ano. | WL PROG 3 (1 357 types) P3 (n=31) | |
|----------|---|-------------------|---------|---|-----------------|---------|---|------------------|
| | WL Prod Orale†† | cooc.††† | | WL Prod Orale | cooc. | | 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.

| | <i>t</i> | df | <i>p</i> | <i>d</i> 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.

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

| N° CC† (n)‡ | WL PROG 1 (1 303 types) P1 (n=31) | | N°CC (n) | WL PROG 2 (1 265 types) P2 (n=33) | | N°CC (n) | WL PROG 3 (1 357 types) P3 (n=31) | |
|----------------|---|-------------------|-------------|---|-------------------|-------------|---|-------------------|
| | WL Prod Orale Cas Cliniq†† | cooc.††† | | WL Prod Orale Cas Cliniq | cooc. | | 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 Clinique

Tableau 66 : Nombre de cooccurrences entre les WL PROG et les WL Prod Orale Cas Clinique 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 Clinique 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 Clinique / 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.

| | | <i>t</i> | df | <i>p</i> | <i>d</i> 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 <i>p</i> |
| 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).

| N° ano. | P1 (n=5) | | N° ano. | P2 (n=5) | |
|---------|---------------|----------------------|---------|---------------|----------------------|
| | WL Prod Orale | WL Prod Orale Éval + | | 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 |

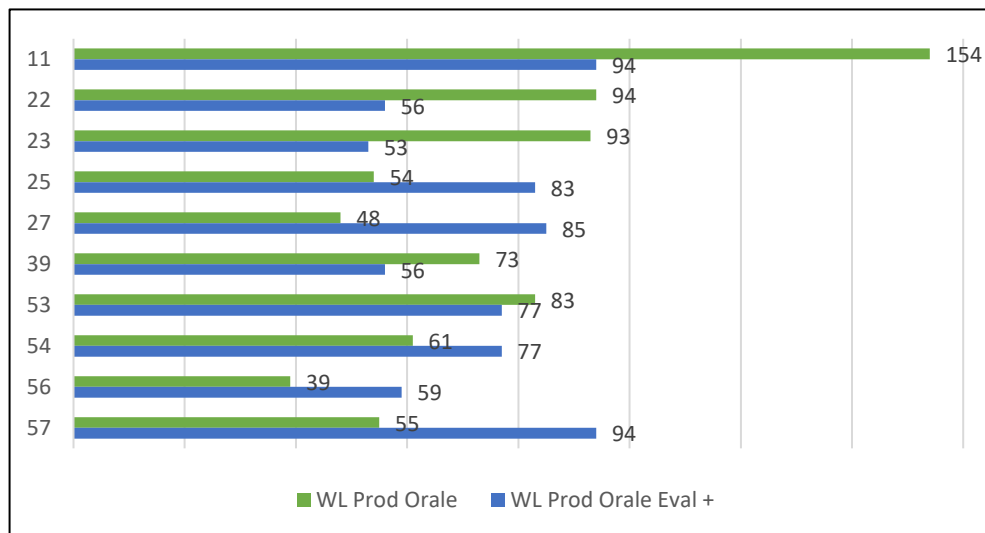


Figure 67 : Nombre de types dans les WL Prod Orale et WL Prod Orale Éval+ des P1 et P2

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 ($d=0,470$).

| | <i>t</i> | df | <i>p</i> | moyenne de l'écart | erreur standard | IC 95 % | <i>d</i> 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 ($d=0,402$).

Chapitre 9
Impacts sur l'utilisation et la mémorisation du lexique médical

| N° ano. | P1 (n=5) | | N° ano. | P2 (n=5) | |
|---------|---|---|---------|---|---|
| | COOC. WL Prod Orale / WL PROG | COOC. WL Prod Orale Éval + / WL PROG | | COOC. WL Prod Orale / WL PROG | 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 |

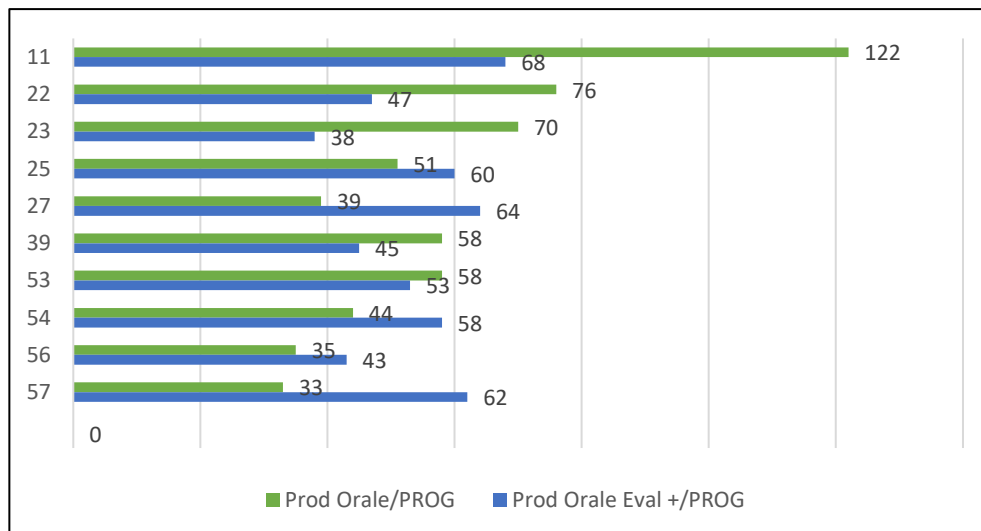


Figure 68 : Nombre de cooccurrences entre les WL Prod Orale, WL Prod Orale Éval + et WL PROG des P1 et P2

| | 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 |
| 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.

Chapitre 10
Impacts sur la capacité à communiquer

| 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 proximité 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 Khi^2 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 Khi^2 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 ($\chi^2=7,48$; $p=0,11$). 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 Khi^2 7,4818. Valeur $p=0,1125$

Tableau 83 : Test du Khi^2 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 Khi^2 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 Khi^2 268,23. 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 différerait 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.

| <i>p</i> | 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

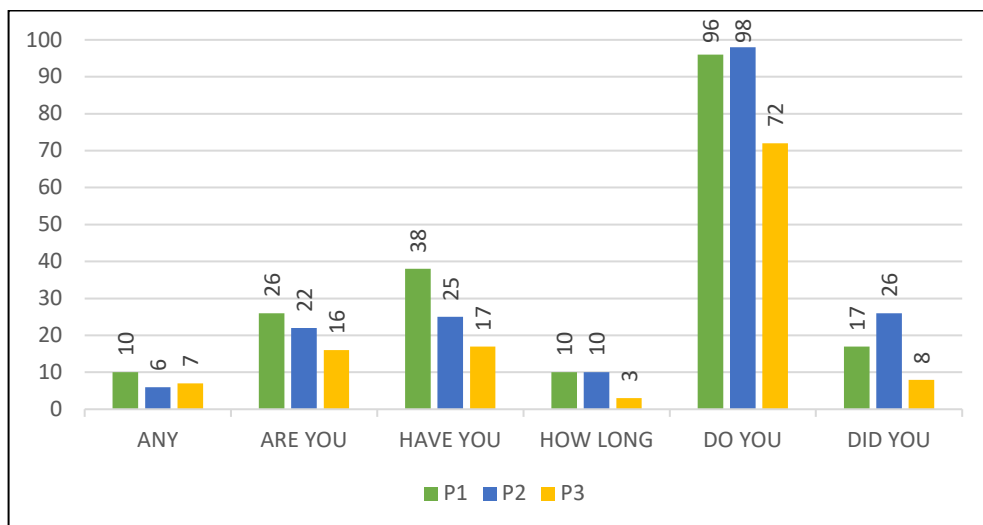


Figure 69 : Comparatif du nombre de questions présentes dans les documents et dans les productions orales

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

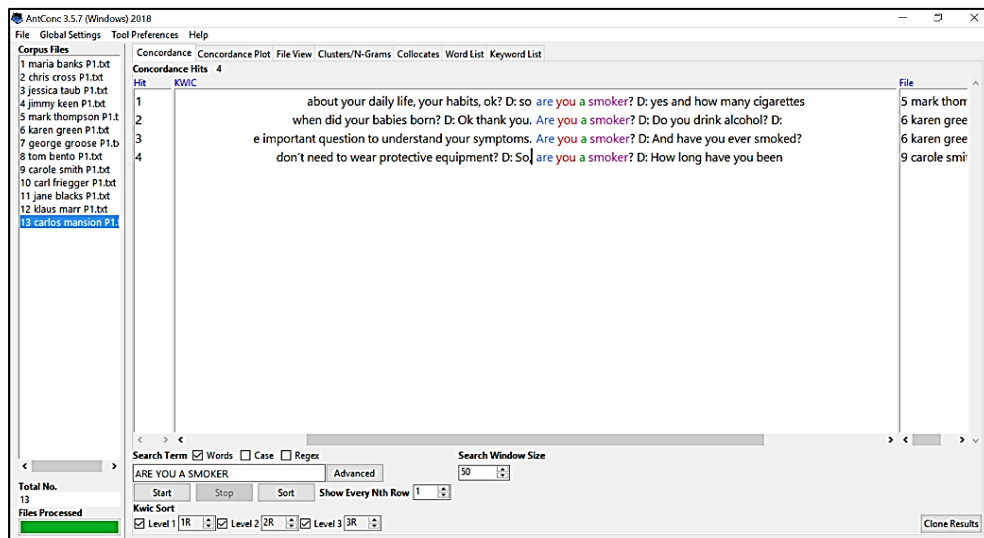


Illustration 25 : Capture d'écran de la question *Are you a smoker?* posée par les étudiants du P1 (*AntConc*)

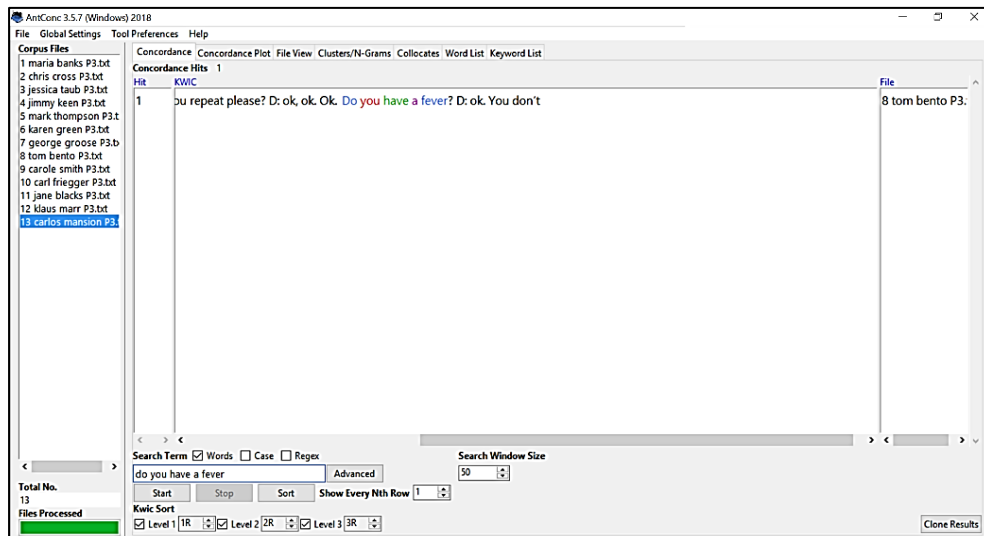
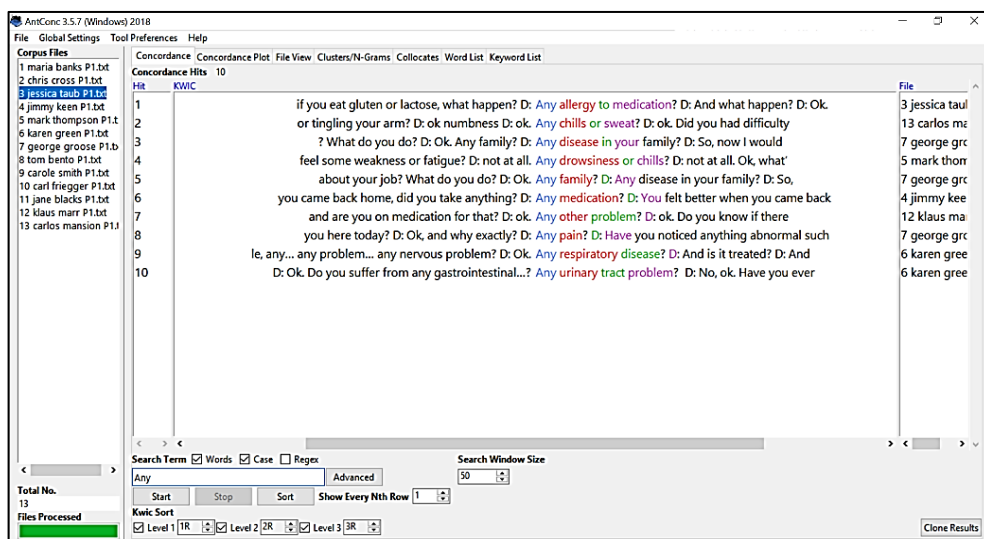


Illustration 26 : Capture d'écran de la question *Do you have a fever?* posée par les étudiants du P3 (*AntConc*)

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



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

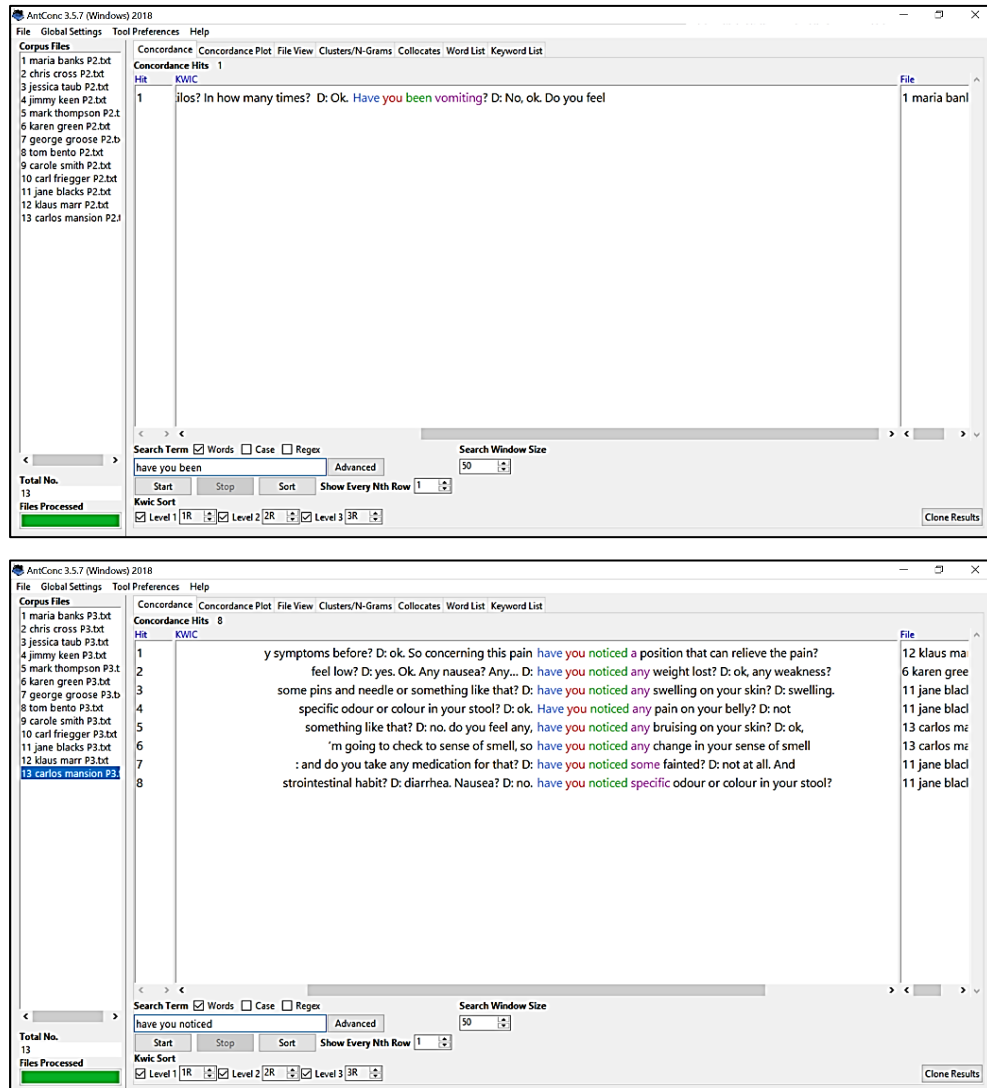


Illustration 27 : Exemples de questions d'étudiants formées sur le modèle de celles présentes dans les documents

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.

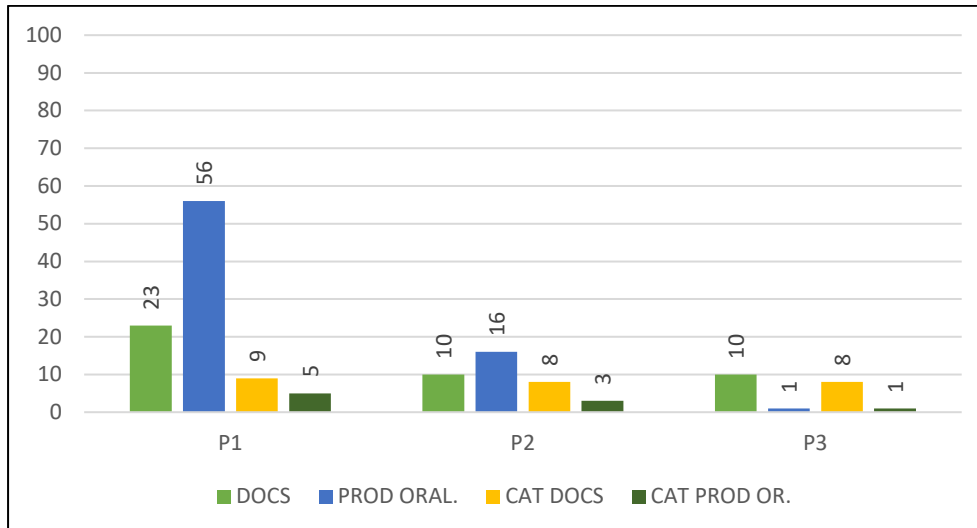
| EXPRESSIONS DES DOCUMENTS | n | Prod Orale | n |
|---|----|----------------------------|----|
| BP was one hundred and seventy-three over one hundred and one | 2 | BP... pulse ... | 32 |
| Pulse eighty-six. | | | |
| Could you say 99 for me? | 1 | could you... | 8 |
| Deep breath for me | 1 | deep 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... | |
| I'd like you to take some deep breaths for me | 2 | | |
| I'm going to feel for | 9 | I'm (just/now) going to... | |
| 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 | | | |
| If you could just look straight ahead for me | 5 | If you could... | 7 |
| 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 | | | |
| 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.

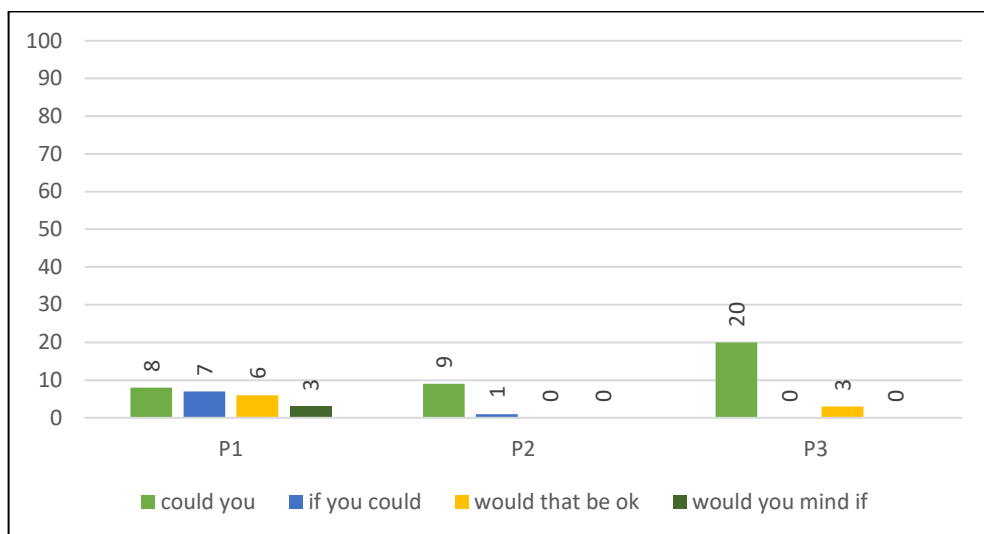


| | Documents | Productions orales | Catégories dans les documents | Catégories dans les productions |
|---------|-----------|--------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| P1 | 23 | 56 | 9 | 5 |
| P2 | 10 | 16 | 8 | 3 |
| P3 | 10 | 1 | 8 | 1 |
| Moyenne | 14,33 | 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.

Chapitre 10
Impacts sur la capacité à communiquer

| 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 |

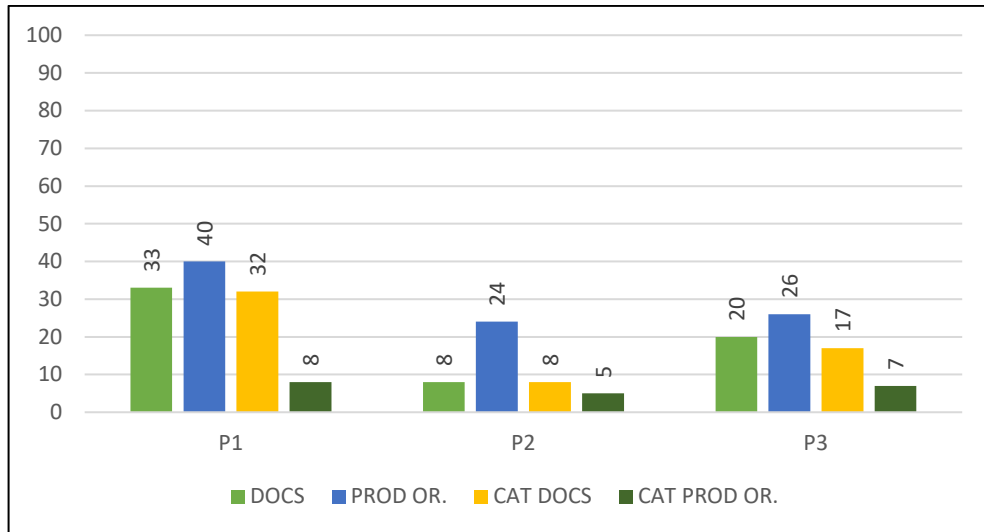
Tableau 91 : Expressions en lien avec l'annonce du diagnostic présentes dans les documents des TD9 et 11 du P2 et dans les productions orales des étudiants du P2

| 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).

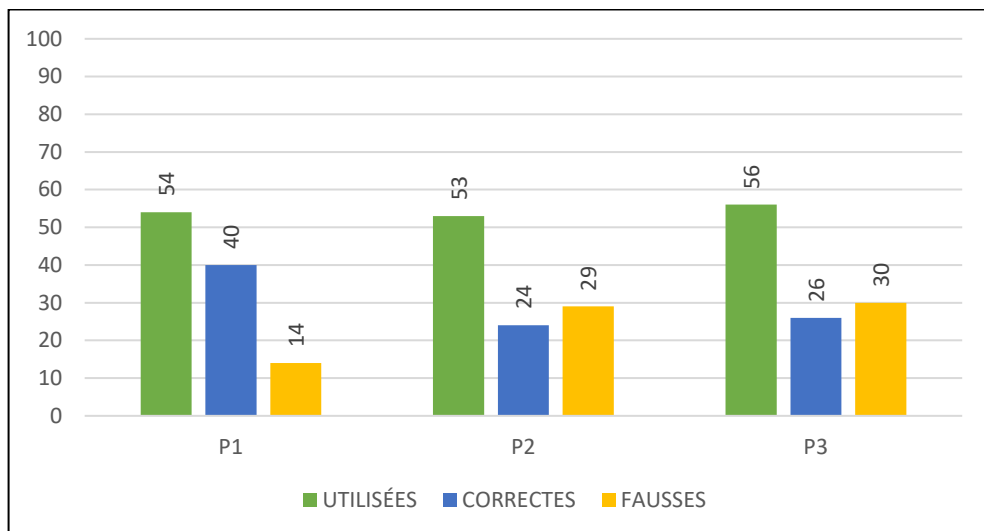
Chapitre 10
Impacts sur la capacité à communiquer



| | 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 | <i>oh</i> , I didn't know that (TD1 - Mr Jones) | <i>oh</i> yeah? (TD5 - S2E08) | <i>oh</i> yeah? (TD5 - <i>House, M.D.</i> - S2E08) <i>oh</i> , nine days in isolation? (TD9 - Brooklyn 99 - S3E12) |
| Empathie | <i>oh</i> , I know (TD9 - Bad news) | | |
| Colère | | <i>oh</i> , don't you dare apologize (TD11 - S5E16) | <i>oh</i> , don't you dare apologize (TD11 - <i>House, M.D.</i> - 516) <i>oh</i> , next question (TD4 - The Big Bang Theory - S3E08) |
| Déception | | <i>oh</i> , is there something else you can give me (TD11 - S3E10) | <i>oh</i> , is there something else you can give me (TD11 - <i>House, M.D.</i> - S3E10) |

Tableau 95 : Occurrences du marqueur *oh* dans les scripts des documents des trois programmes

| | P1 | P2 | P3 |
|----------|--|--|-------------------------------------|
| Surprise | <i>oh</i> , it's also too high (28) <i>oh</i> , it's young (28) | <i>oh</i> you are Italian (52) <i>oh</i> you lost weight (32) | |
| Empathie | <i>oh</i> , I'm sorry (30) | | what type of cancer? <i>oh</i> (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'influe 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 « your 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-communicant.
- 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

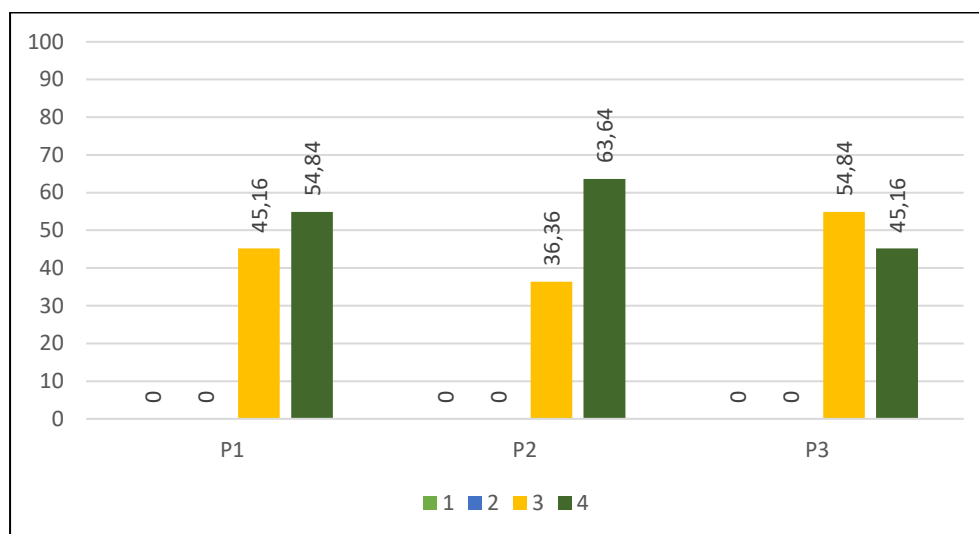
À la fin du semestre, il a été demandé aux étudiants de faire un bilan du module par le biais d'un questionnaire de satisfaction (Annexe 9). L'intérêt de ce

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 souhaitons 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 ».



Chapitre 11
Impacts sur le ressenti des participants

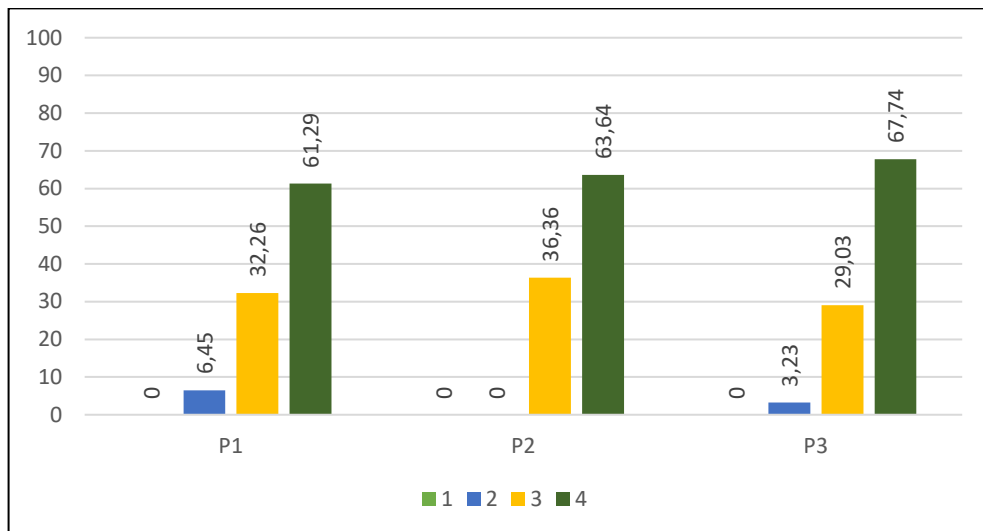
| | 1 | 2 | 3 | 4 | Moyenne | ET |
|------------------|---|---|---------------|---------------|--------------|------------------|
| P1 (n=31) (%) | 0 | 0 | 14 (45,16) | 17 (54,84) | 7,75 (25) | 9,03 (29,14) |
| P2 (n=33) (%) | 0 | 0 | 12 (36,36) | 21 (63,64) | 8,25 (25) | 10,21 (30,84) |
| P3 (n=31) (%) | 0 | 0 | 17 (54,84) | 14 (45,16) | 7,75 (25) | 9,03 (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).



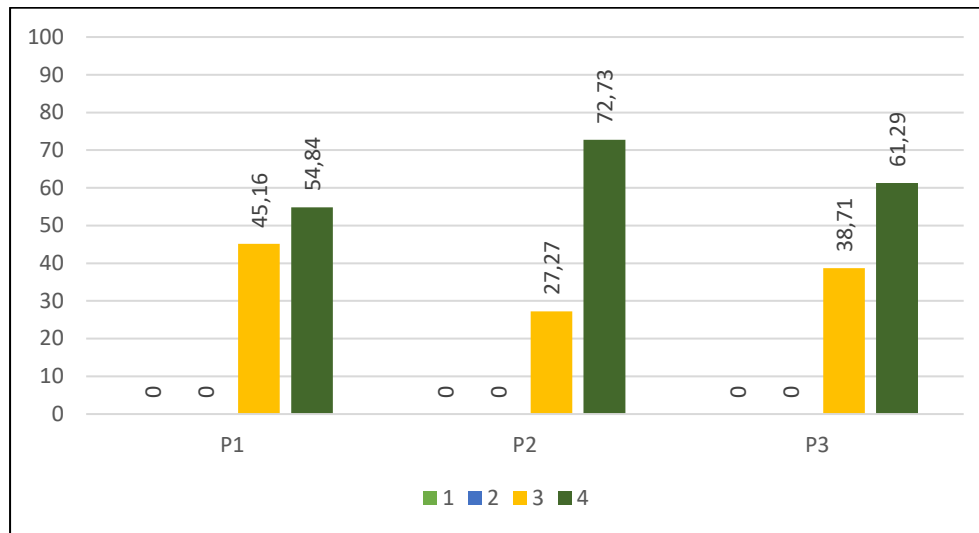
| | 1 | 2 | 3 | 4 | Moyenne | ET |
|------------------|---|-------------|---------------|---------------|--------------|------------------|
| P1 (n=31) (%) | 0 | 2 (6,45) | 10 (32,26) | 19 (61,29) | 7,75 (25) | 8,66 (27,92) |
| P2 (n=33) (%) | 0 | 0 | 12 (36,36) | 21 (63,64) | 8,25 (25) | 10,21 (30,94) |
| P3 (n=31) (%) | 0 | 1 (3,23) | 9 (29,03) | 21 (67,74) | 7,75 (25) | 9,71 (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) |

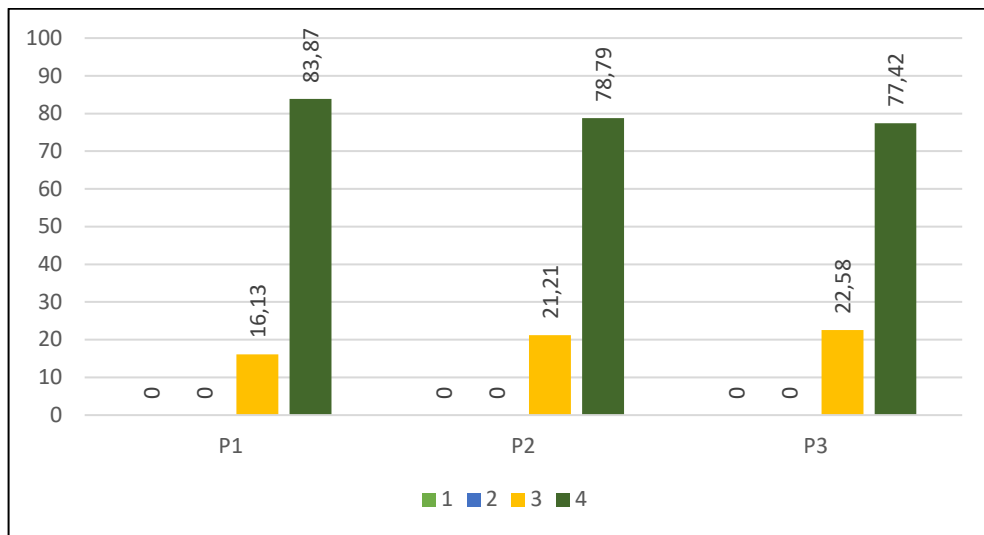
Figure 76 : Satisfaction des étudiants : contenu des programmes

Chapitre 11
Impacts sur le ressenti des participants

| | | | statistic | df | <i>p</i> |
|----|----|-------------|-----------|------|----------|
| 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).



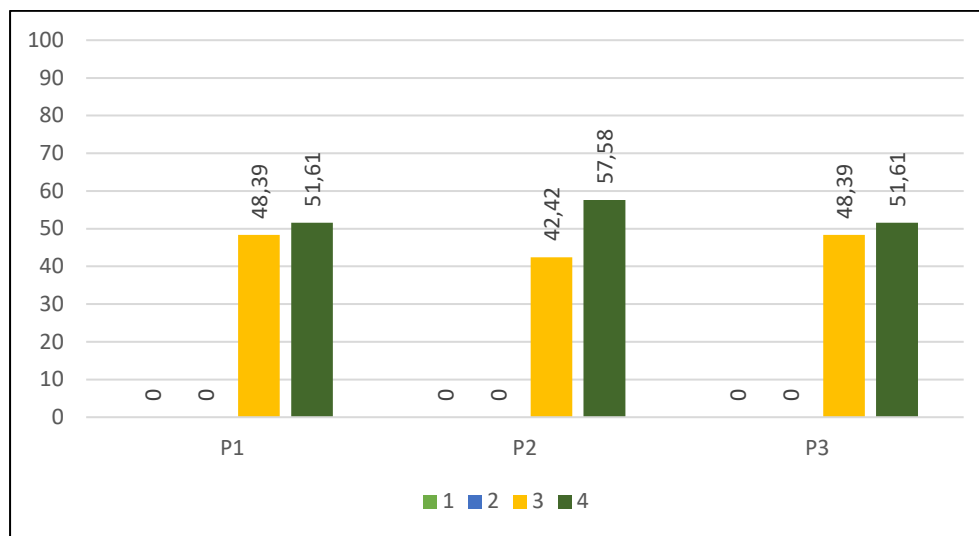
| | 1 | 2 | 3 | 4 | Moy. | ET |
|-----------|---|---|---------|---------|------|---------|
| P1 (n=31) | 0 | 0 | 5 | 26 | 7,75 | 12,39 |
| (%) | | | (16,13) | (83,87) | (25) | (39,98) |
| P2 (n=33) | 0 | 0 | 7 | 26 | 8,25 | 12,28 |
| (%) | | | (21,21) | (78,79) | (25) | (37,23) |
| P3 (n=31) | 0 | 0 | 7 | 24 | 7,75 | 11,32 |
| (%) | | | (22,58) | (77,42) | (25) | (36,53) |

Figure 77 : Satisfaction des étudiants : pédagogie

| | | | statistic | df | <i>p</i> |
|----|----|-------------|-----------|------|----------|
| 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

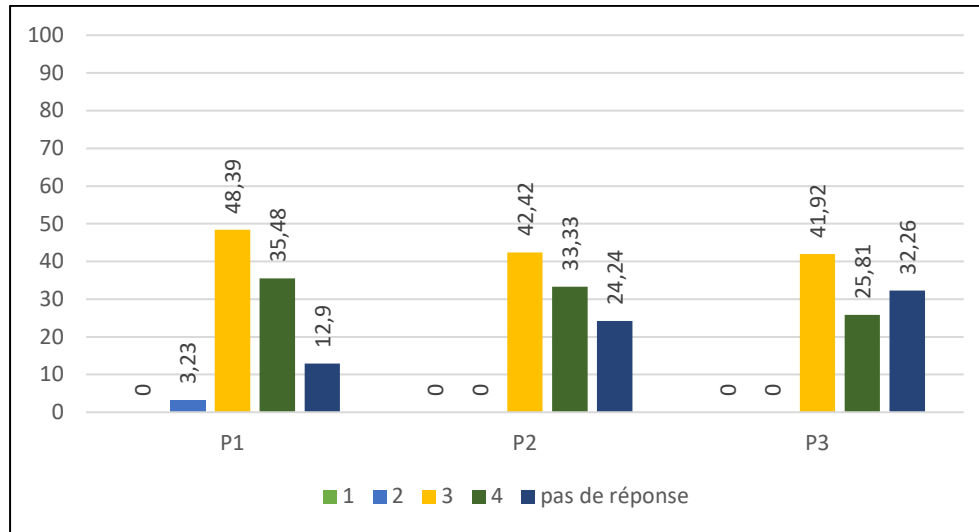
Il était alors intéressant de se pencher sur leurs habitudes concernant les séries télévisées, ce qui a donné lieu à une question, puisqu'elles sont un élément

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 | <i>p</i> | <i>d</i> |
|-----------|---------|---------|-------------|----------|----------|
| 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 (3,23) | 15 (48,39) | 11 (35,48) | 4 (12,90) | 6,2 (20) | 6,53 (21,08) |
| P2 (n=33) (%) | 0 | 0 | 14 (42,42) | 11 (33,33) | 8 (24,24) | 6,6 (20) | 6,39 (19,36) |
| P3 (n=31) (%) | 0 | 0 | 13 (41,92) | 8 (25,81) | 10 (32,26) | 6,2 (20) | 5,93 (19,14) |

Figure 79 : Satisfaction des étudiants : examen final

| | | | statistic | df | <i>p</i> |
|----|----|-------------|-----------|------|----------|
| 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

Chapitre 11
Impacts sur le ressenti des participants

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 <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) |
| 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) |

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

| | P1 (n=31) | P2 (n=33) | P3 (n= 31°) |
|--|--------------|--------------|----------------|
| Quels sont les points <u>négatifs</u> 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.

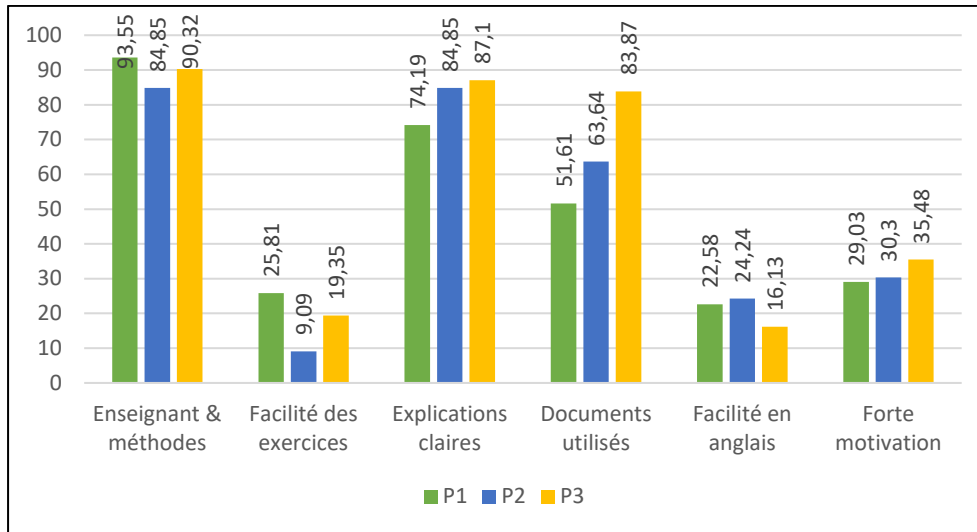


Figure 80 : Éléments positifs de l'enseignement selon les étudiants des trois programmes

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).

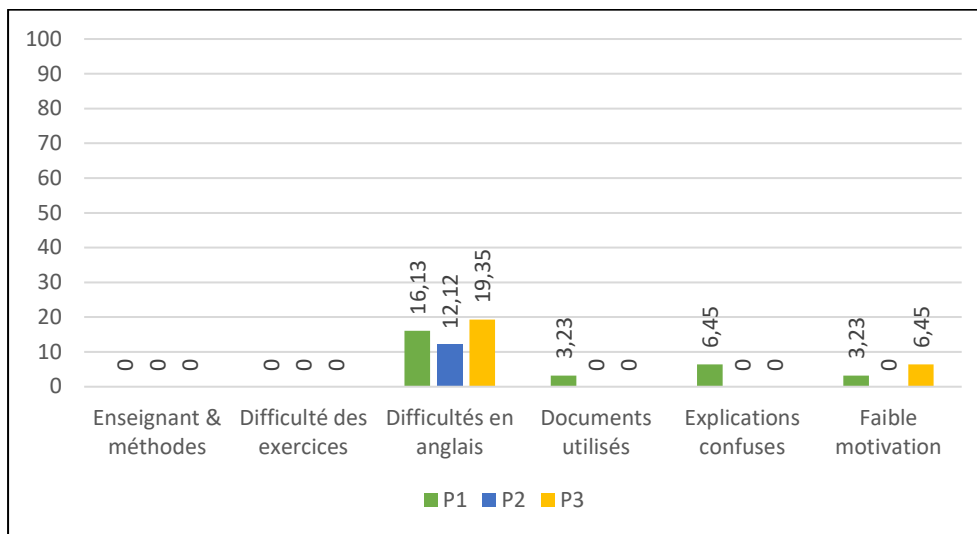
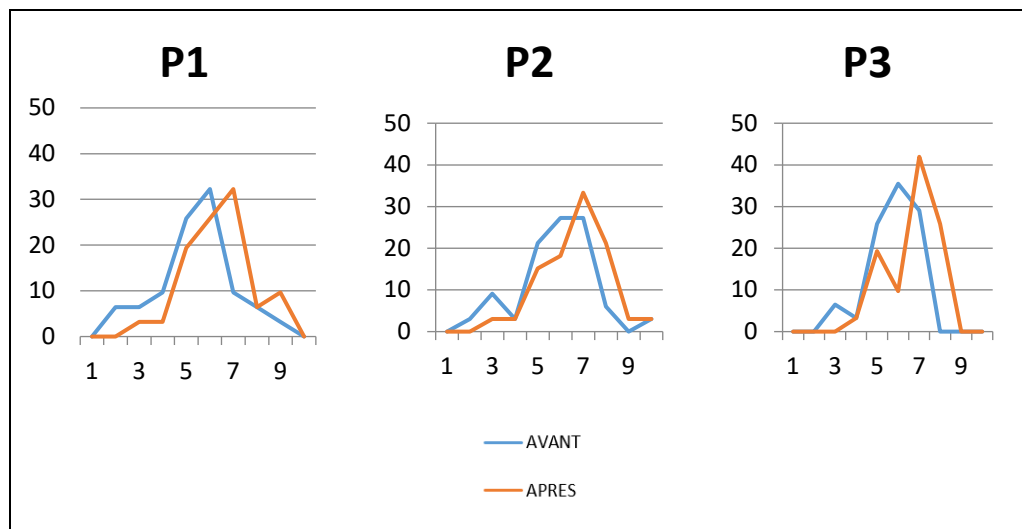


Figure 81 : Éléments négatifs de l'enseignement selon les étudiants des trois programmes

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.

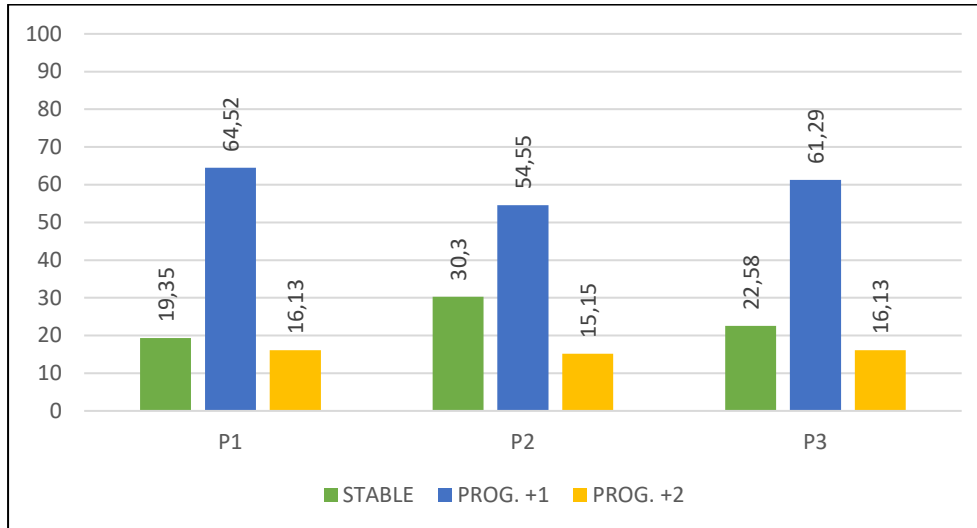


| AV. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Moy. | ET |
|-----|---|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|---------|---------|
| P1 | - | 2 | 2 | 3 | 8 | 10 | 3 | 2 | 1 | - | 3,88 | 3,27 |
| (%) | - | (6,45) | (6,45) | (9,68) | (25,81) | (32,26) | (9,68) | (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) |

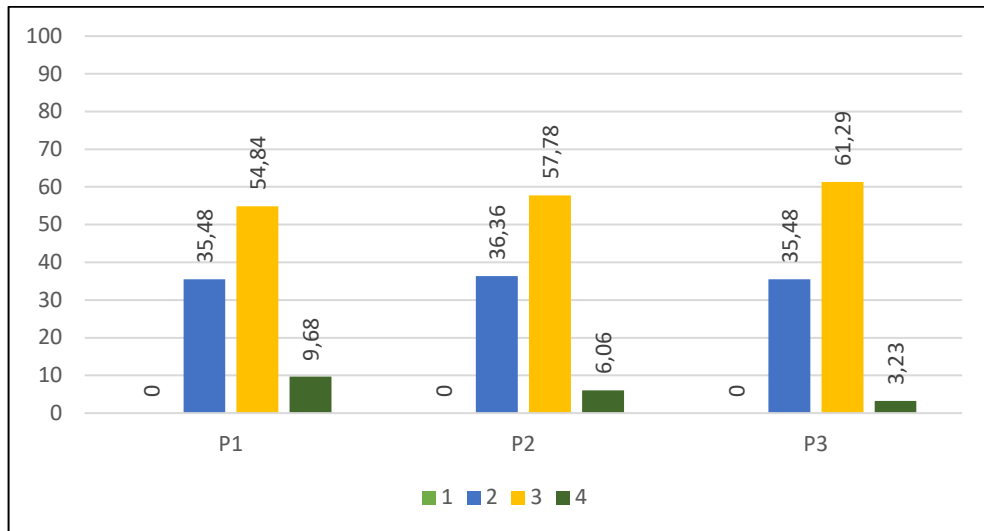
Figure 83 : Progression du niveau d'anglais selon les étudiants

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) |

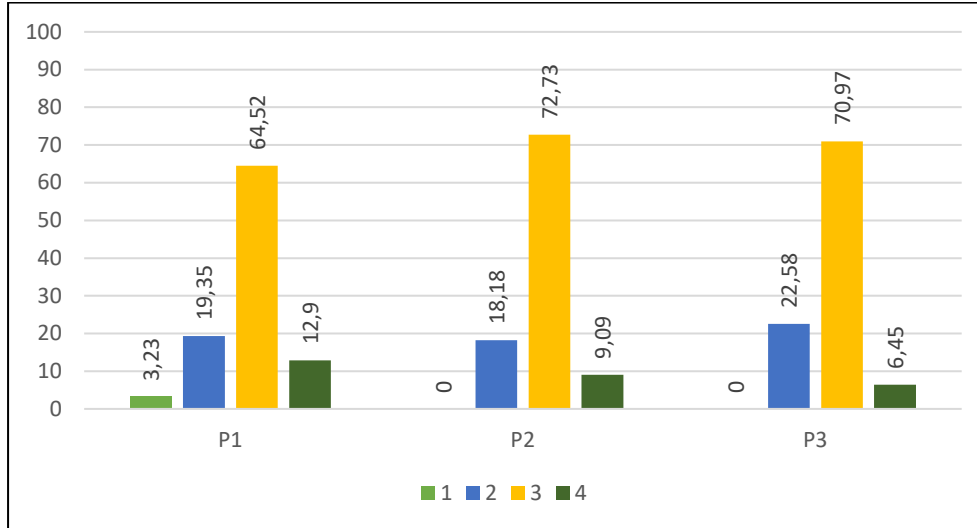
Figure 84 : Satisfaction des étudiants : travailler / améliorer la compréhension orale

| | | | statistic | df | <i>p</i> |
|----|----|-------------|-----------|------|----------|
| 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) |

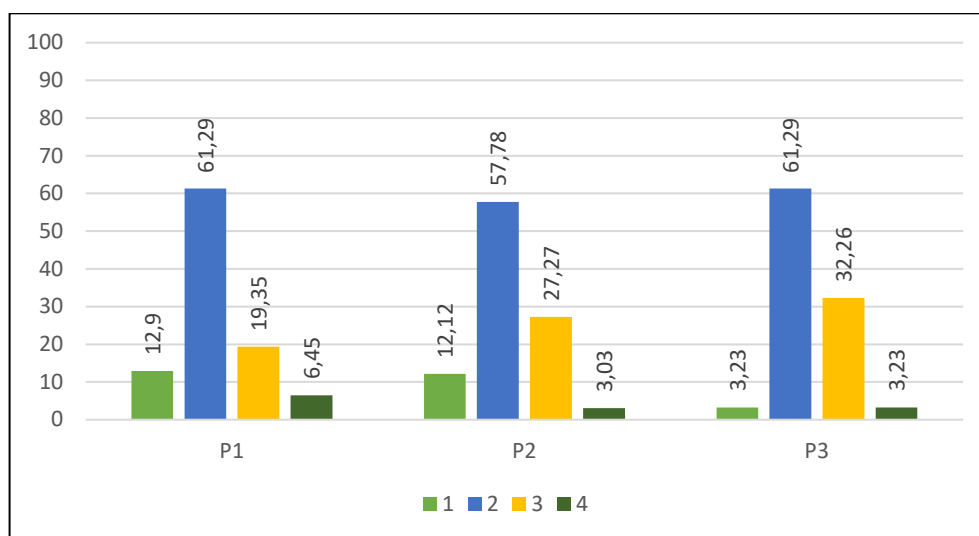
Figure 85 : Satisfaction des étudiants : travailler / améliorer l'expression orale

| | | | 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).



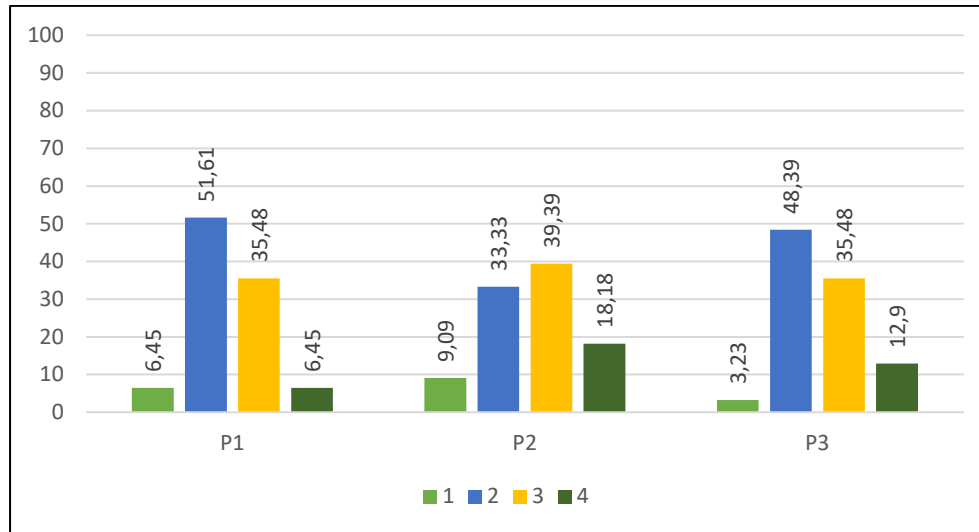
| | 1 | 2 | 3 | 4 | Moy. | ET |
|-----------|---------|---------|---------|--------|------|---------|
| P1 (n=31) | 4 | 19 | 6 | 2 | 7,75 | 7,68 |
| (%) | (12,90) | (61,29) | (19,35) | (6,45) | (25) | (24,76) |
| P2 (n=33) | 4 | 19 | 9 | 1 | 8,25 | 7,89 |
| (%) | (12,12) | (57,78) | (27,27) | (3,03) | (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 | <i>p</i> |
|----|----|-------------|-----------|------|----------|
| 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) |

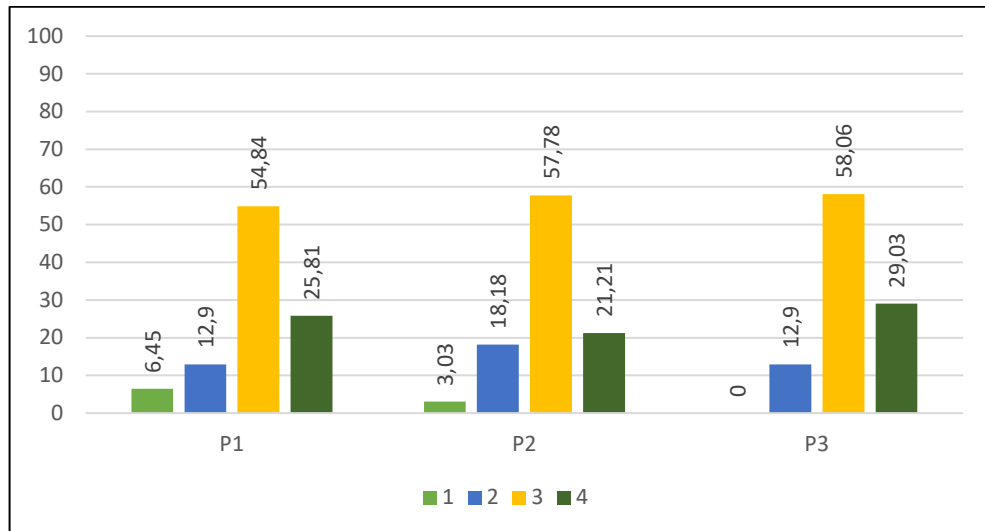
Figure 87 : Satisfaction des étudiants : se sentir plus à l'aise à l'oral

| | | | 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

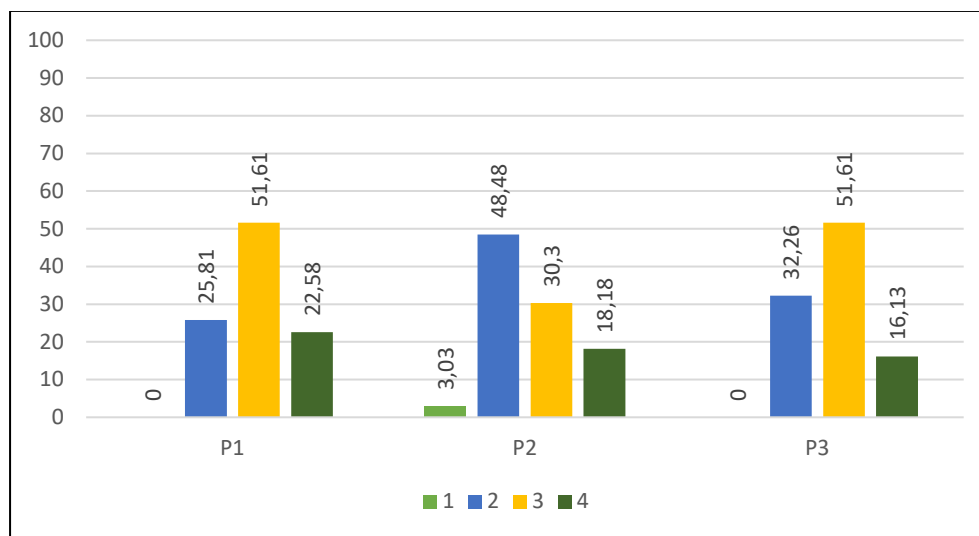
| | | | statistic | df | p |
|----|----|-------------|-----------|------|-------|
| P1 | P2 | Student's t | 0,290 | 30,0 | 0,774 |
| P1 | P3 | Student's t | -0,649 | 30,0 | 0,522 |
| P2 | P3 | Student's t | -0,611 | 30,0 | 0,546 |

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).



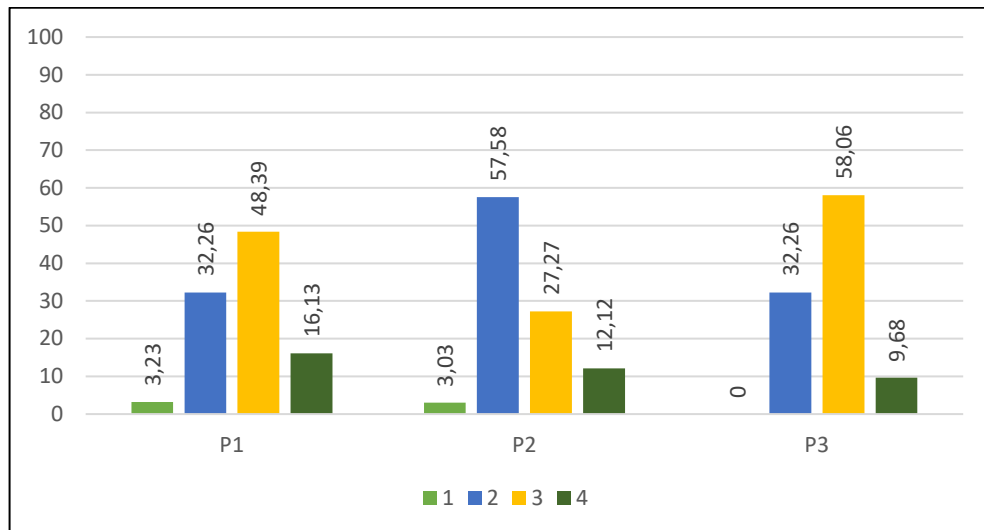
| | 1 | 2 | 3 | 4 | Moy. | ET |
|-----------|--------|---------|---------|---------|------|---------|
| P1 (n=31) | 0 | 8 | 16 | 7 | 7,75 | 6,55 |
| (%) | | (25,81) | (51,61) | (22,58) | (25) | (21,13) |
| P2 (n=33) | 1 | 16 | 10 | 6 | 8,25 | 6,34 |
| (%) | (3,03) | (48,48) | (30,30) | (18,18) | (25) | (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

Chapitre 11
Impacts sur le ressenti des participants

| | | | statistic | df | <i>p</i> |
|----|----|-------------|-----------|------|----------|
| 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) |

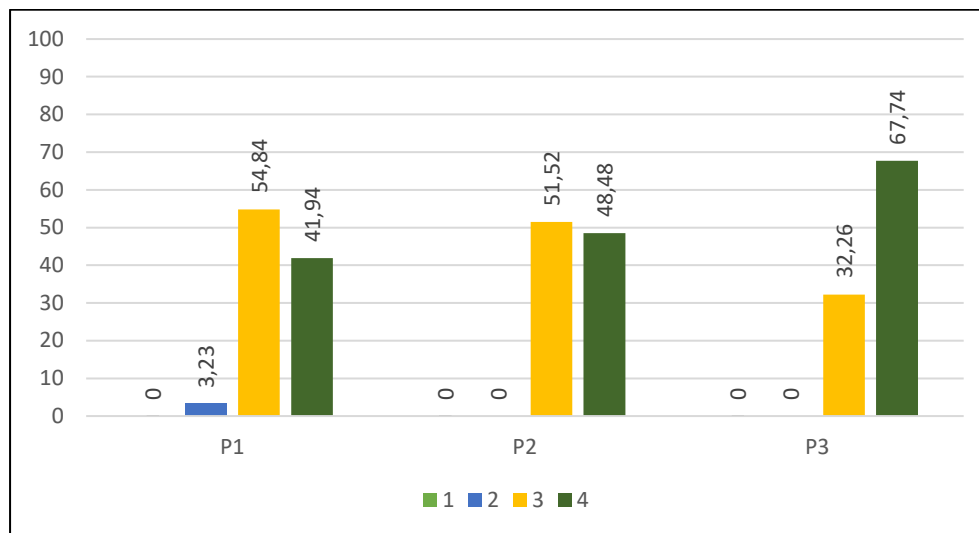
Figure 90 : Satisfaction des étudiants : apprendre des expressions courantes

| | | | statistic | df | <i>p</i> |
|----|----|-------------|-----------|------|----------|
| 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).



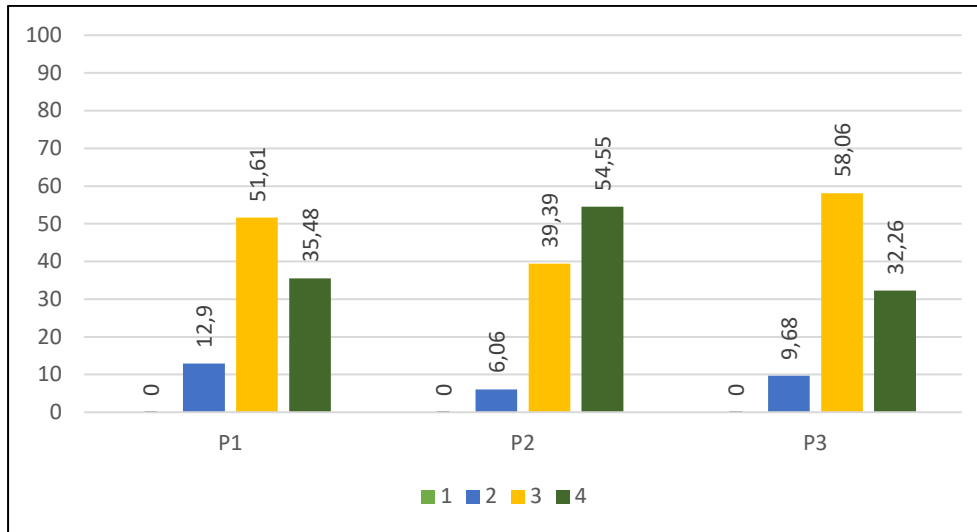
| | 1 | 2 | 3 | 4 | Moy. | ET |
|-----------|---|--------|---------|---------|------|---------|
| P1 (n=31) | 0 | 1 | 17 | 13 | 7,75 | 8,54 |
| (%) | | (3,23) | (54,84) | (41,94) | (25) | (27,55) |
| P2 (n=33) | 0 | 0 | 17 | 16 | 8,25 | 9,54 |
| (%) | | | (51,52) | (48,48) | (25) | (28,89) |
| P3 (n=31) | 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 | <i>p</i> |
|----|----|-------------|-----------|------|----------|
| 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 satisfaits (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

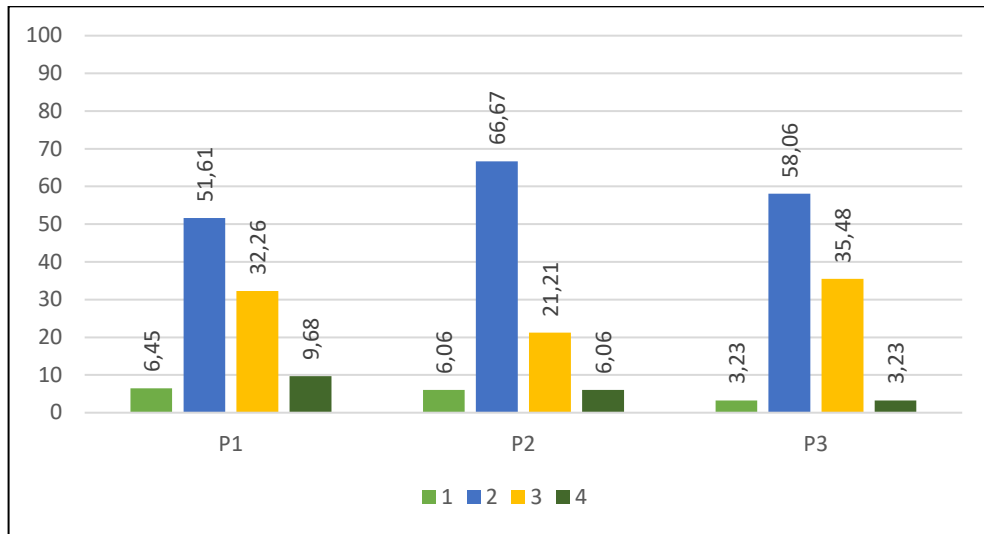
| | | | statistic | df | p |
|----|----|-------------|-----------|------|-------|
| P1 | P2 | Student's t | -1,063 | 30,0 | 0,296 |
| P1 | P3 | Student's t | -0,183 | 30,0 | 0,856 |
| P2 | P3 | Student's t | 1,044 | 30,0 | 0,305 |

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 | <i>p</i> |
|----|----|-------------|-----------|------|----------|
| 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.

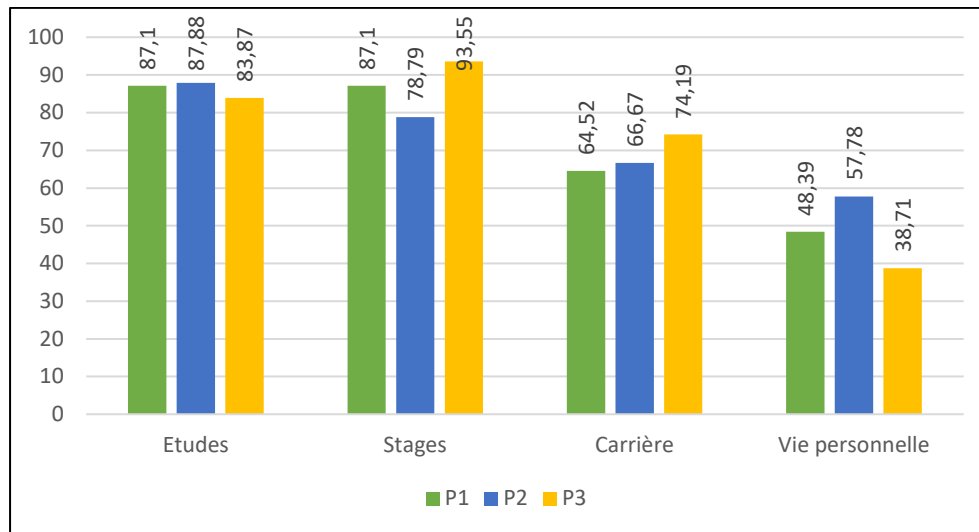


Figure 94 : Réinvestissement potentiels des apprentissages selon les étudiants des trois programmes

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.

| POSITION | P1 (n=13) | | P2 (n=13) | | P3 (n=10) | |
|----------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|
| | 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 |
| ENTRAÎNEMENT | 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 entraînements. 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 télé réalité 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 influencer 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 compléter 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 avons 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 (Socket, 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. (Girolodi *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 (Girolodi *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.

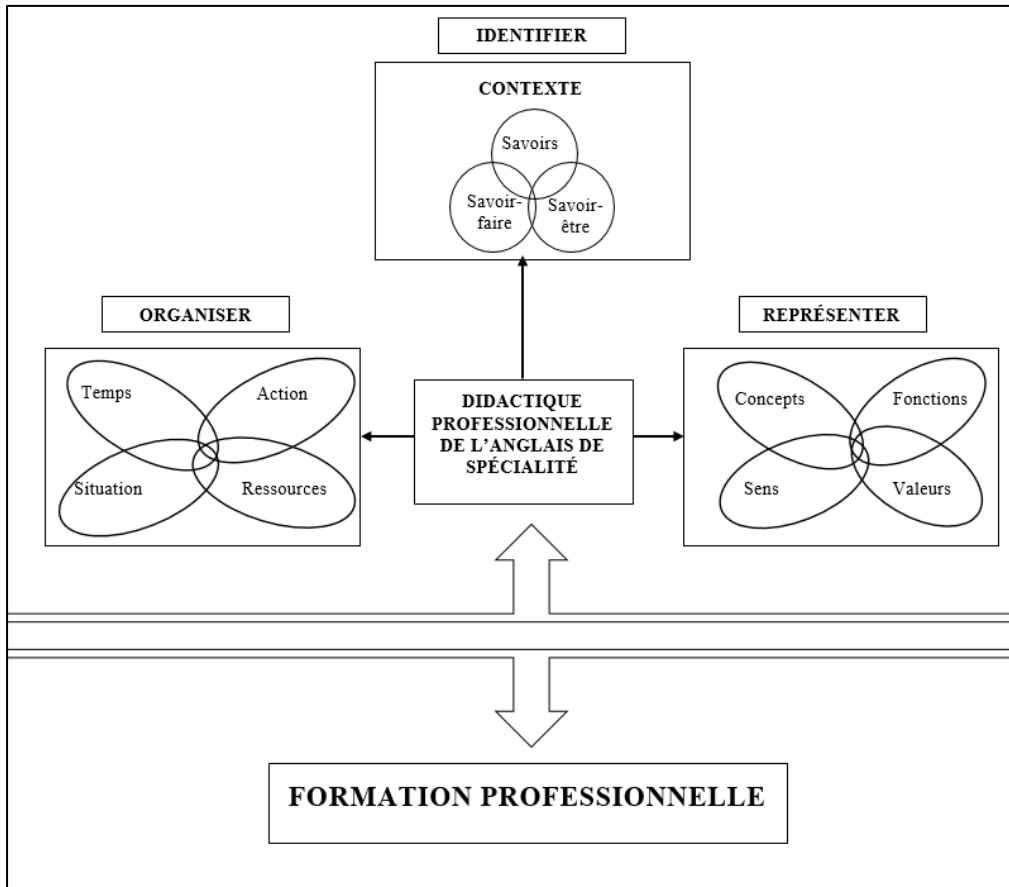


Figure 95 : Modélisation des interactions de la didactique professionnelle de l'anglais de spécialité

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 décrite 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 souhaitons 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 2020¹⁸, 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. & Garabuaou-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](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 : lexicque*. 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. & Bruder mann, 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* (2^{ème} 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* (3^{ème} 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](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., Delouvé, 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.tb01342.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* (2^{ème} 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* (2^{ème} 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* (2^{ème} 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* (2^{ème} 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 tâche 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*. (5^{ème} édition).
Edinburgh : 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). *Des 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* (4^{ème} édition). Cambridge : Cambridge University Press.
- Glevarec, H. (2012). *La sériophilie. 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 in a 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* (2^{ème} 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%3dTaqf%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](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-Josée-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=JORFTEXT00000689714>>
- 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/texte>>

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=LEGITEXT00006072665>>

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 handbook 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). Methodological 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 (8^{ème} 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.ahf.info%2Fpdf%2FMedical_Questionnaire.doc
&usg=AOvVaw2ulhfVzXi9h7ndwB7EJITP>
- 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/lis.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. *Studies 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* (2^{ème} 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.poinsot>>
- PRU Life UK. (n.d.). *Attention 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* (2^{ème} 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. & Jamouille, 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* (2^{ème} 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* (2^{ème} 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](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](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 la Torre 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.ihsa.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* (4^{ème} 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.
- Stevens, 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* (2^{ème} édition). Londres : Routledge.
- Swales, J. (1990). *Genre analysis: English in academic and research settings*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Swan, M. (2005) *Practical English usage* (3^{ème} 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](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>>
- Winykamen, 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

| | |
|---------------------------|------------|
| <i>Sommaire</i> | <i>iii</i> |
| <i>Résumé</i> | <i>v</i> |
| <i>Abstract</i> | <i>vii</i> |
| <i>Conventions</i> | <i>ix</i> |
| <i>Abréviations</i> | <i>xi</i> |

| | |
|--|----------|
| 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 <i>Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides</i> | 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 |

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

| | |
|---|----|
| 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 <i>peer feedback</i> | 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. <i>House, M.D.</i> : approche contextualisée de la communication professionnelle | 154 |
| 4.3.1.1. Intérêt des étudiants dijonnais pour <i>House, M.D.</i> | 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 <i>House, M.D.</i> | 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 questionnaire..... | 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. <i>Wordlist</i> de référence | 205 |
| 5.4.2.2. <i>Wordlists</i> 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 <i>Wordlists</i> | 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 RESENTI 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 |
| | |
| <i>Références bibliographiques</i> | <i>427</i> |
| <i>Références audiovisuelles</i> | <i>471</i> |
| <i>Table des matières.....</i> | <i>473</i> |
| <i>Liste des tableaux.....</i> | <i>479</i> |
| <i>Liste des figures</i> | <i>485</i> |
| <i>Liste des illustrations.....</i> | <i>491</i> |
| <i>Index rerum.....</i> | <i>493</i> |

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 <i>House, M.D.</i> 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 <i>Booklet</i> (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 <i>House, M.D.</i> 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 <i>mean</i> 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 programme..... | 271 |
| 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 χ^2 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 Khi ² 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 <i>oh</i> dans les scripts des documents des trois programmes | 347 |
| Tableau 96 : Occurrences du marqueur <i>oh</i> 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 <i>Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides</i> . (Kurtz, Silverman & Draper, 2010, p.48) | 67 |
| Figure 31 : Cadre de référence élargi des <i>Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides</i> (Kurtz <i>et al.</i> , 2010, p.50) | 65 |
| Figure 32 : Compréhension des locuteurs natifs de la question « <i>Do you take drugs ?</i> » (résultats exprimés en %) | 84 |

| | |
|---|-----|
| Figure 33 : Compréhension des locuteurs natifs de la question « <i>How long do you smoke ?</i> » (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 Clinique 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 |

Liste des figures

| | |
|---|-----|
| 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 étrangers | 377 |
| 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 <i>Presenting Complaint</i> | 178 |
| Illustration 2 : Extrait du document D utilisé pour la conception de la fiche support du TD2 <i>Presenting Complaint</i> | 178 |
| Illustration 3 : Extrait de la fiche support du TD2 <i>Presenting Complaint</i> | 179 |
| Illustration 4 : Annonce publiée sur Facebook® pour le recrutement d'étudiants étrangers | 180 |
| Illustration 5 : Partie <i>history taking</i> du cas clinique <i>Maria Banks</i> – fiche étudiant | 182 |
| Illustration 6 : Partie <i>history taking</i> du cas clinique <i>Maria Banks</i> – fiche enseignant..... | 182 |
| Illustration 7 : Partie <i>presenting complaint</i> du cas clinique <i>Maria Banks</i> – fiche étudiant | 183 |
| Illustration 8 : Partie <i>presenting complaint</i> du cas clinique <i>Maria Banks</i> – fiche enseignant | 183 |
| Illustration 9 : Partie <i>clinical exam</i> du cas clinique <i>Maria Banks</i> – fiche étudiant/enseignant | 183 |
| Illustration 10 : Partie <i>diagnosis and treatment</i> du cas clinique <i>Maria Banks</i> – 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 (<i>House, M.D.</i> , 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 <i>AntConc</i> 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 <i>Are you a smoker?</i> posée par les étudiants du P1 (<i>AntConc</i>)..... | 326 |
| Illustration 26 : Capture d'écran de la question <i>Do you have a fever?</i> posée par les étudiants du P3 (<i>AntConc</i>)..... | 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 <i>dyspnea</i> dans les productions orales des étudiants | 402 |
| Illustration 30 : Utilisation du terme spécialisé <i>myalgia</i> 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
- 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
- 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,



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE

SLTC



ANALYSE ET TRAITEMENT
INFORMATIQUE
DE LA LANGUE FRANÇAISE



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. Quatre 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 <i>House, M.D.</i> | 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 |
| <i>British Medical Journal – BMJ</i> | 283 |
| <i>The Lancet</i> | 295 |
| <i>The New England Journal of Medicine – NEJM</i> | 308 |
| <i>Journal of the American Medical Association – JAMA</i> | 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 |
| <i>Wordlists</i> 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 |
| <i>Wordlists</i> 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 |
| <i>Wordlist</i> de l'évaluation finale – 2 ^{ème} passage (WL Prod Orale Éval +) | 423 |
| ANNEXE 22 | 425 |
| <i>Wordlist</i> 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: _____

ANNEXE 1

BOOKLET : supports créés pour chaque TD du module à partir des ressources Internet

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 | <i>ringing, buzzing, deafness...</i> |
| NOSE | <i>runny, dry...</i> |
| THROAT | <i>sore, hoarseness, aphonic...</i> |

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 | | | |
| ... | | | |

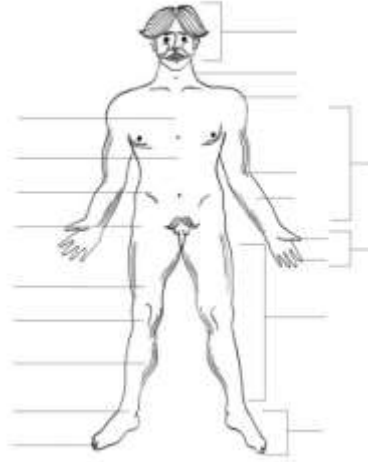
GU

URINATION

- Colour/blood: _____
- Odour: _____
- Frequency: _____
- Urgency: _____
- Difficulty: _____

TD3

SITE / RADIATION / ASSOCIATIONS:



ONSET:

Cause: _____

Time: _____

Graduation: _____

Time course (am / pm): _____

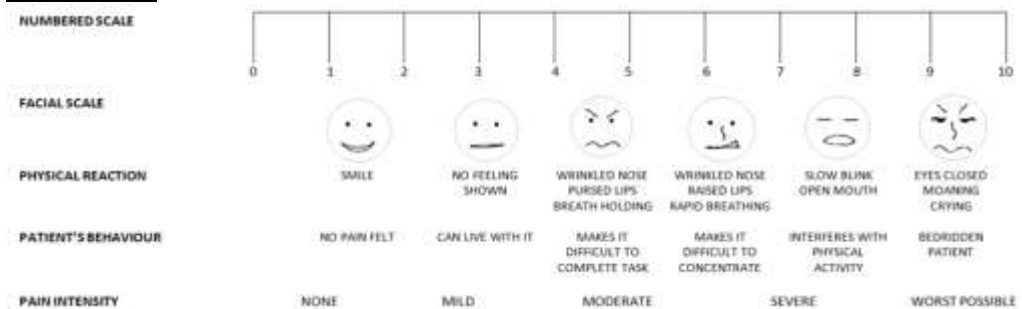
CHARACTER:

| | | | | |
|-----------|----------|--------------|-----------|-------|
| Burning | Chronic | Constrictive | Crushing | Dull |
| Localised | Nagging | Radiating | Referred | Sharp |
| Shooting | Stabbing | Stinging | Throbbing | |

EXACERBATING / RELIEVING FACTORS:

Position, tt...
: _____

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

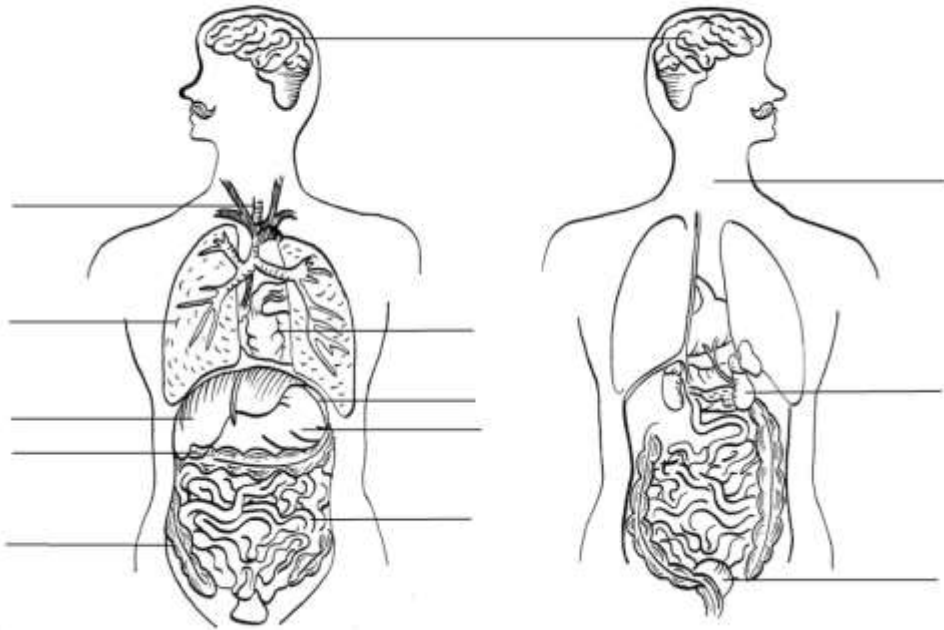
- Chest pain / tightness
- Abnormal beats / rhythm

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

| | <u>INSPECTION</u> | <u>AUSCULTATION</u> | <u>PALPATION</u> | <u>PERCUSSION</u> |
|-----|--|--|--|-------------------------------|
| RS | <i>Dyspnoea Cough Cyanosis</i> | <i>Crackles Resonance Sounds</i> | <i>Lymph nodes</i> | <i>Resonance Dullness</i> |
| CVS | | <i>Murmurs Bruits</i> | | |
| GI | <i>Complexion Distension</i> | <i>Sounds</i> | <i>Masses Guarding Tenderness Organomegaly</i> | <i>Organomegaly</i> |

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:

| | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | headache | <input type="checkbox"/> | head trauma | <input type="checkbox"/> | vertigo | <input type="checkbox"/> | seizures |
| <input type="checkbox"/> | weakness | <input type="checkbox"/> | incoordination | <input type="checkbox"/> | numbness/tingling | <input type="checkbox"/> | tremors |
| <input type="checkbox"/> | difficulty speaking | <input type="checkbox"/> | significant past history | <input type="checkbox"/> | environmental hazards | <input type="checkbox"/> | difficulty swallowing |

CRANIAL NERVES

| | |
|---------------------------------|--------------------------|
| Sense of smell (I) | <input type="checkbox"/> |
| Eye movements (III, IV, VI) | <input type="checkbox"/> |
| Facial expression muscles (VII) | <input type="checkbox"/> |
| Shoulder shrug (XI) | <input type="checkbox"/> |
| Tongue (XII) | <input type="checkbox"/> |

MOTOR FUNCTION

| TONE | | COORDINATION | | GAIT | |
|-----------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Extension | <input type="checkbox"/> | Finger-to-nose | <input type="checkbox"/> | Heel-to-toe | <input type="checkbox"/> |
| Flexion | <input type="checkbox"/> | Heel-shin slide | <input type="checkbox"/> | Tip-toe walking | <input type="checkbox"/> |
| Abduction | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Heel walking | <input type="checkbox"/> |
| Adduction | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Arms swinging | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Romberg's test | <input type="checkbox"/> |

SENSORY

| | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Light touch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pin-prick | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vibration | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hot & cold | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

REFLEXES

| | | |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| Plantar reflex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ankle jerk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knee jerk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wrist jerk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TD8

IMAGING

- CT scan
- DAT scan
- PET scan
- MRI (contrast)
- US scan
- X-ray

VITAL FUNCTION TESTS

- ECG
- EEG
- Stress test

BIOLOGY

FBC

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Leucocytes | <input type="checkbox"/> Lipids: LDL HDL triglycerides |
| <input type="checkbox"/> Erythrocytes | <input type="checkbox"/> Fasting glycaemia |
| <input type="checkbox"/> Thrombocytes | <input type="checkbox"/> Electrolytes: K+ Na+ urea |
| <input type="checkbox"/> Haemoglobin | <input type="checkbox"/> Serology |
| <input type="checkbox"/> Haematocrit | |
| <input type="checkbox"/> MCV | |
| <input type="checkbox"/> ESR | |

ORGAN EXAMS

Fibroscopy
Gastroscopy
Colonoscopy

BIOPSY

Organ:
LP:

ANNEXE 2

Liste des épisodes utilisés pour les P2 et P3

| | P2 | | P3 | |
|-------|--------------------|-------|-------------------------------------|-----------------|
| | <i>House, M.D.</i> | Durée | Série / Épisode | Durée |
| TD1 | S1E01 | 1'58 | <i>Friends</i> S9E02 | 1'44 |
| | S2E14 | 0'27 | <i>Parks and Recreation</i> S5E18 | 0'47 |
| | S3E06 | 1'36 | <i>Speechless</i> S1E11 | 0'45 |
| TD2 | S1E03 | 0'27 | <i>The Big Bang Theory</i> S1E11 | 1'52 |
| | S3E16 | 1'05 | <i>Modern Family</i> S2E09 | 0'35 |
| | S3E19 | 0'40 | <i>The Fosters</i> S4E11 | 1'01 |
| TD3 | S1E14 | 0'33 | <i>The Big Bang Theory</i> S4E02 | 1'52 |
| | S1E21 | 0'53 | <i>Friends</i> S6E15 | 0'29 |
| | S2E01 | 0'19 | | |
| TD4 | S2E10 | 0'24 | <i>The Big Bang Theory</i> S3E08 | 1'33 |
| | S3E16 | 1'20 | <i>House, M.D.</i> S3E16 | 1'20 |
| | S5E19 | 0'22 | | |
| TD5 | S2E01 | 0'33 | <i>House, M.D.</i> S2E01 | 0'33 |
| | S2E03 | 0'49 | <i>House, M.D.</i> S2E03 | 0'49 |
| | S2E08 | 0'30 | <i>House, M.D.</i> S2E08 | 0'30 |
| | S5E11 | 0'16 | <i>House, M.D.</i> S5E11 | 0'16 |
| TD6 | S2E10 | 0'41 | <i>House, M.D.</i> S2E10 | 0'41 |
| | S8E09 | 0'59 | <i>Desperate Housewives</i> S3E04 | 1'50 |
| TD7 | S2E17 | 0'50 | <i>House, M.D.</i> S2E17 | 0'50 |
| | S3E15 | 0'40 | <i>House, M.D.</i> S3E15 | 0'40 |
| | S3E17 | 0'56 | <i>House, M.D.</i> S3E17 | 0'56 |
| | S5E09 | 0'21 | <i>House, M.D.</i> S5E09 | 0'21 |
| | S5E11 | 0'28 | <i>House, M.D.</i> S5E11 | 0'28 |
| TD8 | S1E05 | 0'33 | <i>House, M.D.</i> S1E05 | 0'33 |
| | S5E09 | 0'36 | <i>The Big Bang Theory</i> S2E10 | 1'04 |
| | S5E11 | 0'21 | <i>Desperate Housewives</i> S3E22 | 1'52 |
| | S5E16 | 0'31 | | |
| | S5E19 | 0'19 | | |
| TD9 | S1E21 | 0'21 | <i>Brooklyn Nine-Nine</i> S3E12 | 1'21 |
| | S3E06 | 0'47 | <i>Cougar Town</i> S4E09 | 0'36 |
| | S3E20 | 1'23 | <i>Modern Family</i> S4E15 | 0'39 |
| | S4E09 | 1'16 | | |
| TD10 | S1E05 | 1'36 | <i>House, M.D.</i> S1E05 | 1'20 |
| | S1E05 | 1'20 | <i>The Ranch</i> S1E03 | 1'06 |
| | S5E11 | 0'35 | <i>Two and a half men</i> S5E05 | 0'57 |
| TD11 | S3E10 | 1'31 | <i>Criminal Minds</i> S5E01 | 1'04 |
| | S5E16 | 0'47 | <i>House, M.D.</i> S3E10 | 1'31 |
| | | | <i>House, M.D.</i> 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 metoprolol to lower your blood pressure. I'll just write down the name of the medication on the admission form. Metoprolol. 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.

ANNEXE 3
Scripts des documents utilisés pour les P1, P2 et P3

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!

ANNEXE 3
Scripts des documents utilisés pour les P1, P2 et P3

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't! 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.

ANNEXE 3
Scripts des documents utilisés pour les P1, P2 et P3

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.

ANNEXE 3
Scripts des documents utilisés pour les P1, P2 et P3

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: _____

Écoutez-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 | |
| <u>L'ANGLAIS & VOUS</u> | | | | |
| 3 L'anglais est votre | LV1 | LV2 | Langue maternelle | |
| 4 Quel est votre niveau d'anglais (1=faible / 5=excellent) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <u>L'ANGLAIS À LA FACULTÉ DE MÉDECINE</u> | | | | |
| 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 : | |
| <u>EN DEHORS DE VOS ÉTUDES</u> | | | | |
| 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? *

- compréhension 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 évaluez-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) |

Volume II
Annexes

| 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 <u>négatifs</u> 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) | | |

Volume II
Annexes

Évaluez ce que ce module vous a permis de faire en utilisant l'échelle de 1 à 4 (1 étant 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 entraînent 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.

ANNEXE 10
Bilan personnel de fin de semestre

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 connaît 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

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 tt): 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

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

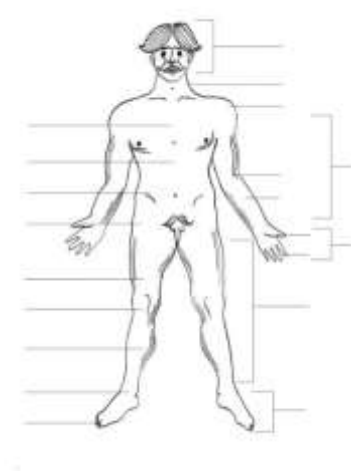
10 : CARL FRIEGGER

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, tt... : _____

SEVERITY:

VITAL SIGNS

| | | | |
|--------|-------|-------|-----------|
| T:38.6 | P:110 | RR:16 | BP:130/90 |
|--------|-------|-------|-----------|

CLINICAL EXAM

| | INSPECTION | AUSCULTATION | PALPATION | PERCUSSION |
|----|----------------|---------------|--------------------------------------|------------|
| GI | <i>Pallour</i> | <i>Sounds</i> | <i>Tenderness</i> <i>Guarding</i> | <i>0</i> |

COMPLEMENTARY EXAMS: FBC + US scan

- Leucocytes (elevated)
- Erythrocytes
- Thrombocytes
- Haemoglobin
- Haematocrit
- MCV
- CRP

DIAGNOSIS: acute appendicitis
 TTT: surgery : appendectomy

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 perspective17. 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 judgmental27. **Uses empathy** to communicate understanding and appreciation of the patient's feelings or predicament; overtly **acknowledges patient's views** and feelings28. **Provides support**: expresses concern, understanding, willingness to help; acknowledges coping efforts and appropriate self care; offers partnership29. **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 section20. 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-sequiturs32. 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

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 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uses words that show care and concern throughout the interview | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uses tone, pace, eye contact, and posture that show care and concern | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Open the Discussion | | | | | |
| Allows patient to complete opening statement without interruption | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asks "Is there anything else?" to elicit full set of concerns | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Explains and/or negotiates an agenda for the visit | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gather Information | | | | | |
| Begins with patient's story using open-ended questions ("Tell me about ...") | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clarifies details as necessary with more specific or "yes/no" questions | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Summarizes and gives patient opportunity to correct or add information | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transitions effectively to additional questions | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Understand the Patient's Perspective | | | | | |
| Asks about life events, circumstances, other people that might affect health | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Elicits patient's beliefs, concerns, and expectations about illness and treatment | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Responds explicitly to patient statements about ideas, feelings, and values | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Share Information | | | | | |
| Assesses patient's understanding of problem and desire for more information | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Explains using words that are easy for patient to understand | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Checks for mutual understanding of diagnostic and/or treatment plans | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asks whether patient has any questions | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asks about patient's ability to follow diagnostic and/or treatment plans | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Identifies additional resources as appropriate | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Provide Closure | | | | | |
| Asks whether the patient has questions, concerns, or other issues | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Summarizes | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Clarifies follow-up or contact arrangements | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Acknowledges patient and closes interview | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 colectomy. and hopefully we will be able to remove the whole tumour and you'll be fine we hope.
P: but what is a colectomy?
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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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'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 colectomy

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 colectomy, 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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 colectomy, 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 address?

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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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...

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 a 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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 tired 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 74... 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 comfortable. 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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 chronic 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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 chronic... 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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 you 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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 5 weeks 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 bacteria 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 37.3° 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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 .

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 0 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 high. 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, then 14mg 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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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, tetanus?

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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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't 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 I 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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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...?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 examining 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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 find, 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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 read 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 subtract 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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 subtract by 10, can you subtract 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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 hospitalised?
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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 subtract 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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 subtract 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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 examine 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 regulate 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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 specific 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 chronic 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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 anamnesis 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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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, kynesithérapie 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 anaesthetist, 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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 inflamed. 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 succeed.

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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 appendectomy. 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't 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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 examine it. we're going to see the level of leukocytes.
P: what is it?
D: leukocyte it's the police 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 the 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 nauseated?
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 examine you.
P: ok.
D: first I'm going to take your vital signs, 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 rate 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 tests 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 pill, 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, just take the treatment it's important and it's 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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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, did 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 examine you. I can notice that you seem 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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 intravena, 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 intravena.
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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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, circumscribe 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 if 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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 heart 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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 nationality?

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.

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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?

ANNEXE 13
Transcription des évaluations finales

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 | 62 | 1 | bed | 126 | 1 | inability |
| #Lemma Tokens: 385 | 63 | 1 | belly | 127 | 1 | increased |
| #Search Hits: 0 | 64 | 1 | bite | 128 | 1 | infection |
| 1 18 pain | 65 | 1 | bleeding | 129 | 1 | inflammation |
| 2 14 feel | 66 | 1 | bloating | 130 | 1 | influenza |
| 3 12 feeling | 67 | 1 | blocked | 131 | 1 | injury |
| 4 12 stomach | 68 | 1 | blood | 132 | 1 | intestinal |
| 5 10 head | 69 | 1 | blurred | 133 | 1 | itching |
| 6 7 nose | 70 | 1 | bone | 134 | 1 | itchy |
| 7 7 sore | 71 | 1 | brain | 135 | 1 | joint |
| 8 5 cough | 72 | 1 | breathing | 136 | 1 | keep |
| 9 5 cramps | 73 | 1 | broke | 137 | 1 | lack |
| 10 5 eye | 74 | 1 | broken | 138 | 1 | left |
| 11 5 like | 75 | 1 | burning | 139 | 1 | leg |
| 12 5 trouble | 76 | 1 | burns | 140 | 1 | lethargy |
| 13 4 ache | 77 | 1 | cancer | 141 | 1 | light |
| 14 4 appetite | 78 | 1 | catch | 142 | 1 | liquid |
| 15 4 cold | 79 | 1 | chesty | 143 | 1 | little |
| 16 4 hurt | 80 | 1 | chill | 144 | 1 | loo |
| 17 4 sick | 81 | 1 | clammy | 145 | 1 | losing |
| 18 4 toilet | 82 | 1 | come | 146 | 1 | loss |
| 19 3 ach | 83 | 1 | congest | 147 | 1 | lot |
| 20 3 around | 84 | 1 | contagious | 148 | 1 | lower |
| 21 3 back | 85 | 1 | coughing | 149 | 1 | make |
| 22 3 bad | 86 | 1 | could | 150 | 1 | menstrual |
| 23 3 bloated | 87 | 1 | cysticis | 151 | 1 | migraine |
| 24 3 chest | 88 | 1 | defecation | 152 | 1 | mind |
| 25 3 dry | 89 | 1 | dehydration | 153 | 1 | move |
| 26 3 go | 90 | 1 | depress | 154 | 1 | mucusy |
| 27 3 going | 91 | 1 | diarrhoea | 155 | 1 | muscular |
| 28 3 good | 92 | 1 | die | 156 | 1 | nausea |
| 29 3 high | 93 | 1 | disturbing | 157 | 1 | nauseated |
| 30 3 muscle | 94 | 1 | drowsiness | 158 | 1 | nauseous |
| 31 3 part | 95 | 1 | drowsy | 159 | 1 | neck |
| 32 3 spinning | 96 | 1 | dying | 160 | 1 | noise |
| 33 3 sweat | 97 | 1 | dyspnea | 161 | 1 | nothing |
| 34 3 temperature | 98 | 1 | ear | 162 | 1 | numbness |
| 35 3 throat | 99 | 1 | earache | 163 | 1 | often |
| 36 3 tummy | 100 | 1 | elephant | 164 | 1 | pale |
| 37 2 aching | 101 | 1 | energy | 165 | 1 | palpitation |
| 38 2 body | 102 | 1 | exhausted | 166 | 1 | phlegm |
| 39 2 dizziness | 103 | 1 | explode | 167 | 1 | pink |
| 40 2 dizzy | 104 | 1 | fainting | 168 | 1 | poisoning |
| 41 2 fever | 105 | 1 | falling | 169 | 1 | poor |
| 42 2 food | 106 | 1 | fatigue | 170 | 1 | properly |
| 43 2 hot | 107 | 1 | fatigued | 171 | 1 | puke |
| 44 2 need | 108 | 1 | fit | 172 | 1 | queasy |
| 45 2 pressure | 109 | 1 | flu | 173 | 1 | rest |
| 46 2 rash | 110 | 1 | foggy | 174 | 1 | resting |
| 47 2 running | 111 | 1 | front | 175 | 1 | ringing |
| 48 2 stuffy | 112 | 1 | full | 176 | 1 | run |
| 49 2 tire | 113 | 1 | fullness | 177 | 1 | runny |
| 50 2 upset | 114 | 1 | gaseous | 178 | 1 | saliva |
| 51 1 abdominal | 115 | 1 | get | 179 | 1 | scum |
| 52 1 achy | 116 | 1 | getting | 180 | 1 | sharp |
| 53 1 air | 117 | 1 | giddy | 181 | 1 | shit |
| 54 1 ankle | 118 | 1 | groggy | 182 | 1 | shivering |
| 55 1 anorexia | 119 | 1 | headaches | 183 | 1 | side |
| 56 1 anxiety | 120 | 1 | headed | 184 | 1 | sinus |
| 57 1 anxious | 121 | 1 | health | 185 | 1 | skin |
| 58 1 articular | 122 | 1 | heart | 186 | 1 | sleep |
| 59 1 asthmatic | 123 | 1 | heartburn | 187 | 1 | sleepy |
| 60 1 backache | 124 | 1 | heavy | 188 | 1 | sluggish |
| 61 1 balance | 125 | 1 | hyperthermy | 189 | 1 | sneezing |

Volume II
Annexes

| | | | | | | | | |
|-----|---|-------------|-----|---|-------------|-----|---|-----------|
| 190 | 1 | snuffy | 202 | 1 | swallowing | 214 | 1 | trembling |
| 191 | 1 | spasm | 203 | 1 | sweating | 215 | 1 | turn |
| 192 | 1 | spitting | 204 | 1 | tachycardia | 216 | 1 | turned |
| 193 | 1 | sport | 205 | 1 | tachypnea | 217 | 1 | twisted |
| 194 | 1 | sprained | 206 | 1 | think | 218 | 1 | type |
| 195 | 1 | stiff | 207 | 1 | throbbing | 219 | 1 | vision |
| 196 | 1 | sting | 208 | 1 | throw | 220 | 1 | vomit |
| 197 | 1 | stomachache | 209 | 1 | throwing | 221 | 1 | wall |
| 198 | 1 | straight | 210 | 1 | tightness | 222 | 1 | weak |
| 199 | 1 | stroke | 211 | 1 | time | 223 | 1 | weather |
| 200 | 1 | stuffed | 212 | 1 | tonsillitis | 224 | 1 | wrist |
| 201 | 1 | suffer | 213 | 1 | tooth | | | |

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 Grady^{1,3} 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

Otolaryngology, 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 Pantone-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 periaortic 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 Stassen¹ Internal 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 Takeda^{1,2}, 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 Rehman^{1,2}, 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 Hirose², 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 Silva^{1,2}, Pedro Leão^{1,2}, André Goulart^{1,2} 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 Velayudham²
¹Department 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 able 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 Pouloupoulos, 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 Mohan^{1,2}, Teresa Lee², Perminder Sachdev^{1,2} 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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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 Brahmabhatt, MD Dr Jonathan Paladino, PhD

•Published: August 02, 2014 •DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60922-3](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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 Yu Chia-Lung Hsu, MT

•Published: October 03, 2009 •DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61033-3](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](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](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 Cuning and community-acquired pneumonia

Dr Emma Broadfield, DM Neelam Doshi, FRCPath Peter DG Alexander, FRCA Melanie Greaves, MRCP Prof Ashley Woodcock, FMedSci

•Published: January 17, 2009 •DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60074-X](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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 semiformal 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 lightheadedness. 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 Char, 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, MD JAMA. 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 adenocarcinoma 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 $\alpha 1$ -Antitrypsin Concentration in the Diagnosis of $\alpha 1$ -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 α 1-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. Tying, 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

Ramy Vangipuram, MD; Christopher Haley, MD; Stephen K. Tying, 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; Mitsuhiro 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- β_2 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 | 63 | 47 | episode | 129 | 28 | weight | 195 | 22 | someone |
| #Lemma Tokens: | 64 | 47 | food | 130 | 27 | breathing | 196 | 22 | spread |
| 23093 | 65 | 47 | nausea | 131 | 27 | c | 197 | 22 | syndrome |
| #Search Hits: 0 | 66 | 47 | two | 132 | 27 | injury | 198 | 22 | together |
| 1 316 year | 67 | 46 | headache | 133 | 27 | mother | 199 | 21 | amount |
| 2 249 patient | 68 | 45 | sick | 134 | 27 | noted | 200 | 21 | animal |
| 3 226 old | 69 | 45 | swelling | 135 | 27 | sore | 201 | 21 | artery |
| 4 209 pain | 70 | 45 | system | 136 | 27 | treatment | 202 | 21 | bad |
| 5 189 disease | 71 | 45 | vaccine | 137 | 27 | tube | 203 | 21 | better |
| 6 170 day | 72 | 44 | well | 138 | 27 | work | 204 | 21 | chronic |
| 7 140 blood | 73 | 43 | acute | 139 | 26 | cancer | 205 | 21 | control |
| 8 140 history | 74 | 43 | help | 140 | 26 | dyspnea | 206 | 21 | diagnosis |
| 9 127 body | 75 | 43 | medication | 141 | 26 | fight | 207 | 21 | fatigue |
| 10 125 emergency | 76 | 43 | rash | 142 | 26 | flu | 208 | 21 | first |
| 11 119 hospital | 77 | 42 | cough | 143 | 26 | known | 209 | 21 | fracture |
| 12 115 man | 78 | 42 | illness | 144 | 26 | level | 210 | 21 | lots |
| 13 106 make | 79 | 41 | vomiting | 145 | 26 | operation | 211 | 21 | movement |
| 14 103 department | 80 | 40 | care | 146 | 26 | sometimes | 212 | 21 | night |
| 15 94 woman | 81 | 40 | stop | 147 | 25 | allergy | 213 | 21 | ray |
| 16 88 presented | 82 | 39 | inside | 148 | 25 | breathe | 214 | 21 | special |
| 17 86 use | 83 | 39 | loss | 149 | 25 | follow | 215 | 21 | substance |
| 18 82 fever | 84 | 39 | person | 150 | 25 | parent | 216 | 21 | urine |
| 19 78 reported | 85 | 39 | used | 151 | 25 | r | 217 | 21 | ve |
| 20 77 month | 86 | 38 | alcohol | 152 | 25 | result | 218 | 20 | able |
| 21 76 cell | 87 | 37 | live | 153 | 25 | start | 219 | 20 | affect |
| 22 72 admission | 88 | 37 | usually | 154 | 25 | temperature | 220 | 20 | air |
| 23 70 drug | 89 | 37 | without | 155 | 25 | three | 221 | 20 | begin |
| 24 69 medical | 90 | 36 | family | 156 | 24 | bowel | 222 | 20 | death |
| 25 69 test | 91 | 36 | go | 157 | 24 | disorder | 223 | 20 | ear |
| 26 68 case | 92 | 36 | occur | 158 | 24 | including | 224 | 20 | eat |
| 27 68 chest | 93 | 35 | give | 159 | 24 | last | 225 | 20 | germ |
| 28 67 bone | 94 | 35 | health | 160 | 24 | long | 226 | 20 | hand |
| 29 66 doctor | 95 | 35 | muscle | 161 | 24 | look | 227 | 20 | often |
| 30 66 get | 96 | 35 | need | 162 | 24 | new | 228 | 20 | per |
| 31 66 symptom | 97 | 34 | another | 163 | 24 | period | 229 | 20 | reportedly |
| 32 65 people | 98 | 34 | side | 164 | 24 | pulmonary | 230 | 20 | scan |
| 33 63 one | 99 | 34 | study | 165 | 24 | several | 231 | 20 | sleep |
| 34 62 time | 100 | 33 | word | 166 | 24 | taking | 232 | 20 | surgery |
| 35 61 also | 101 | 32 | around | 167 | 23 | associated | 233 | 20 | upper |
| 36 58 abdominal | 102 | 32 | change | 168 | 23 | born | 234 | 19 | come |
| 37 58 medicine | 103 | 32 | children | 169 | 23 | chill | 235 | 19 | diarrhea |
| 38 58 right | 104 | 32 | drink | 170 | 23 | clinic | 236 | 19 | difficulty |
| 39 58 skin | 105 | 32 | home | 171 | 23 | fluid | 237 | 19 | hold |
| 40 58 type | 106 | 32 | means | 172 | 23 | happen | 238 | 19 | low |
| 41 57 re | 107 | 32 | normal | 173 | 23 | leg | 239 | 19 | lower |
| 42 56 early | 108 | 32 | virus | 174 | 23 | mild | 240 | 19 | move |
| 43 56 like | 109 | 32 | way | 175 | 23 | neck | 241 | 19 | place |
| 44 56 presentation | 110 | 31 | breath | 176 | 23 | onset | 242 | 19 | reaction |
| 45 56 severe | 111 | 31 | different | 177 | 23 | sudden | 243 | 19 | revealed |
| 46 55 developed | 112 | 31 | evaluation | 178 | 23 | throat | 244 | 19 | stomach |
| 47 54 left | 113 | 31 | later | 179 | 23 | x | 245 | 19 | tissue |
| 48 54 part | 114 | 31 | show | 180 | 22 | current | 246 | 19 | treated |
| 49 53 cause | 115 | 31 | took | 181 | 22 | dose | 247 | 18 | area |
| 50 52 lung | 116 | 30 | become | 182 | 22 | eating | 248 | 18 | away |
| 51 52 see | 117 | 30 | made | 183 | 22 | end | 249 | 18 | bring |
| 52 51 heart | 118 | 30 | may | 184 | 22 | feel | 250 | 18 | condition |
| 53 51 weeks | 119 | 30 | seizure | 185 | 22 | hours | 251 | 18 | elevated |
| 54 50 brain | 120 | 30 | week | 186 | 22 | illicit | 252 | 18 | exercise |
| 55 50 called | 121 | 29 | approximately | 187 | 22 | kidney | 253 | 18 | given |
| 56 50 eye | 122 | 29 | baby | 188 | 22 | large | 254 | 18 | high |
| 57 49 back | 123 | 29 | joint | 189 | 22 | mouth | 255 | 18 | keep |
| 58 49 infection | 124 | 29 | problem | 190 | 22 | next | 256 | 18 | liver |
| 59 49 something | 125 | 28 | attack | 191 | 22 | recent | 257 | 18 | previous |
| 60 49 take | 126 | 28 | daily | 192 | 22 | recurrent | 258 | 18 | previously |
| 61 48 admitted | 127 | 28 | found | 193 | 22 | shortness | 259 | 18 | strong |
| 62 48 small | 128 | 28 | hypertension | 194 | 22 | sign | 260 | 18 | undergo |

Volumes II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|-----|----|---------------|-----|----|--------------|-----|----|--------------|-----|----|---------------|
| 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 |

ANNEXE 17
Wordlist de référence (WL référence)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|-----|---|------------------|-----|---|----------------|-----|---|-----------------|
| 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 |

Volumes II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|----------------|-----|---|---------------|------|---|-----------------|------|---|-----------------|
| 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 | informaton | 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 |

ANNEXE 17
Wordlist de référence (WL référence)

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|---------------|------|---|--------------|------|---|----------------|------|---|------------------|
| 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 |

Volumes II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|---------------|------|---|-------------|------|---|------------------|------|---|------------------|
| 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 |

ANNEXE 17
Wordlist de référence (WL référence)

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|------------------|------|---|------------------|------|---|---------------------|------|---|---------------------|
| 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 | fungernail |
| 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 | buttrass | 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 | erythematous | 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 | gravidia |
| 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 |

Volumes II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|---------------------|------|---|---------------------|------|---|-----------------|------|---|----------------|
| 2013 | 2 | haven | 2086 | 2 | intracranial | 2159 | 2 | monitored | 2232 | 2 | pesticide |
| 2014 | 2 | hazardous | 2087 | 2 | intramuscular | 2160 | 2 | monocyte | 2233 | 2 | pet |
| 2015 | 2 | hbv | 2088 | 2 | intrathecal | 2161 | 2 | monogamous | 2234 | 2 | phosphorus |
| 2016 | 2 | heals | 2089 | 2 | intussusception | 2162 | 2 | mononitrate | 2235 | 2 | pituitary |
| 2017 | 2 | heel | 2090 | 2 | investigation | 2163 | 2 | mood | 2236 | 2 | plan |
| 2018 | 2 | held | 2091 | 2 | ionizing | 2164 | 2 | mortality | 2237 | 2 | planning |
| 2019 | 2 | helicopter | 2092 | 2 | irritability | 2165 | 2 | mosquito | 2238 | 2 | plants |
| 2020 | 2 | helping | 2093 | 2 | ischaemic | 2166 | 2 | mosquitoe | 2239 | 2 | plasma |
| 2021 | 2 | hematochezia | 2094 | 2 | island | 2167 | 2 | mountain | 2240 | 2 | plate |
| 2022 | 2 | hematologic | 2095 | 2 | isolate | 2168 | 2 | mum | 2241 | 2 | playing |
| 2023 | 2 | hematopoietic | 2096 | 2 | isolation | 2169 | 2 | muscular | 2242 | 2 | plenty |
| 2024 | 2 | hemi | 2097 | 2 | isosorbide | 2170 | 2 | mushy | 2243 | 2 | pneumoniae |
| 2025 | 2 | hemiplegia | 2098 | 2 | itch | 2171 | 2 | myalgia | 2244 | 2 | polio |
| 2026 | 2 | hereditary | 2099 | 2 | itis | 2172 | 2 | n | 2245 | 2 | pollute |
| 2027 | 2 | hernia | 2100 | 2 | japan | 2173 | 2 | naloxone | 2246 | 2 | polyangiitis |
| 2028 | 2 | highly | 2101 | 2 | jehovah | 2174 | 2 | naproxen | 2247 | 2 | polyuria |
| 2029 | 2 | hinge | 2102 | 2 | jogging | 2175 | 2 | narcotic | 2248 | 2 | posterior |
| 2030 | 2 | hitting | 2103 | 2 | joined | 2176 | 2 | nasal | 2249 | 2 | postnatal |
| 2031 | 2 | hiv | 2104 | 2 | july | 2177 | 2 | native | 2250 | 2 | potassium |
| 2032 | 2 | holter | 2105 | 2 | jump | 2178 | 2 | naturally | 2251 | 2 | pouch |
| 2033 | 2 | host | 2106 | 2 | knowledge | 2179 | 2 | necessitate | 2252 | 2 | pounding |
| 2034 | 2 | hotel | 2107 | 2 | lab | 2180 | 2 | necrotise | 2253 | 2 | premedication |
| 2035 | 2 | housewife | 2108 | 2 | label | 2181 | 2 | neighbor | 2254 | 2 | prepared |
| 2036 | 2 | hydrocephalus | 2109 | 2 | lactulose | 2182 | 2 | neonatal | 2255 | 2 | presyncope |
| 2037 | 2 | hydrochloride | 2110 | 2 | language | 2183 | 2 | nephrologist | 2256 | 2 | prevalence |
| 2038 | 2 | hydrochlorothiazide | 2111 | 2 | lavage | 2184 | 2 | nervosa | 2257 | 2 | priced |
| 2039 | 2 | hydrocodone | 2112 | 2 | laws | 2185 | 2 | newborn | 2258 | 2 | prodromal |
| 2040 | 2 | hydromorphone | 2113 | 2 | lawyer | 2186 | 2 | nice | 2259 | 2 | professor |
| 2041 | 2 | hydronephrosis | 2114 | 2 | lb | 2187 | 2 | nighttime | 2260 | 2 | profile |
| 2042 | 2 | hypercalcemia | 2115 | 2 | leak | 2188 | 2 | nonpainful | 2261 | 2 | profound |
| 2043 | 2 | hyponatremia | 2116 | 2 | levetiracetam | 2189 | 2 | notable | 2262 | 2 | projectile |
| 2044 | 2 | hypotensive | 2117 | 2 | levothyroxine | 2190 | 2 | nuclear | 2263 | 2 | prompting |
| 2045 | 2 | hypoxemic | 2118 | 2 | license | 2191 | 2 | nutrition | 2264 | 2 | propranolol |
| 2046 | 2 | identified | 2119 | 2 | lie | 2192 | 2 | observe | 2265 | 2 | protective |
| 2047 | 2 | igg | 2120 | 2 | lifting | 2193 | 2 | occurrence | 2266 | 2 | prothrombin |
| 2048 | 2 | ii | 2121 | 2 | lisinopril | 2194 | 2 | october | 2267 | 2 | prove |
| 2049 | 2 | immigrant | 2122 | 2 | lithoptysis | 2195 | 2 | odynophagia | 2268 | 2 | provide |
| 2050 | 2 | immigrate | 2123 | 2 | longer | 2196 | 2 | offer | 2269 | 2 | provider |
| 2051 | 2 | immunize | 2124 | 2 | longest | 2197 | 2 | olanzapine | 2270 | 2 | province |
| 2052 | 2 | immunoassay | 2125 | 2 | lumen | 2198 | 2 | oncologist | 2271 | 2 | psychiatry |
| 2053 | 2 | implant | 2126 | 2 | macule | 2199 | 2 | oncology | 2272 | 2 | psychological |
| 2054 | 2 | incidence | 2127 | 2 | maintained | 2200 | 2 | onto | 2273 | 2 | psychosis |
| 2055 | 2 | incident | 2128 | 2 | major | 2201 | 2 | operate | 2274 | 2 | psychotic |
| 2056 | 2 | incision | 2129 | 2 | malaria | 2202 | 2 | ophthalmology | 2275 | 2 | pt |
| 2057 | 2 | incorrect | 2130 | 2 | malignancy | 2203 | 2 | optic | 2276 | 2 | pulseless |
| 2058 | 2 | incubator | 2131 | 2 | marked | 2204 | 2 | organization | 2277 | 2 | pump |
| 2059 | 2 | independent | 2132 | 2 | matter | 2205 | 2 | original | 2278 | 2 | pumping |
| 2060 | 2 | india | 2133 | 2 | maxilla | 2206 | 2 | orthopedic | 2279 | 2 | pursue |
| 2061 | 2 | indicator | 2134 | 2 | maybe | 2207 | 2 | outlet | 2280 | 2 | purulent |
| 2062 | 2 | individual | 2135 | 2 | measures | 2208 | 2 | oversedation | 2281 | 2 | putting |
| 2063 | 2 | ineffective | 2136 | 2 | mechanical | 2209 | 2 | oxycodone | 2282 | 2 | rabies |
| 2064 | 2 | infancy | 2137 | 2 | meeting | 2210 | 2 | paediatrics | 2283 | 2 | radiating |
| 2065 | 2 | infect | 2138 | 2 | melanin | 2211 | 2 | pair | 2284 | 2 | radiograph |
| 2066 | 2 | infectionfighting | 2139 | 2 | menstrual | 2212 | 2 | pancreas | 2285 | 2 | radiology |
| 2067 | 2 | infirmity | 2140 | 2 | menstruation | 2213 | 2 | pancreatic | 2286 | 2 | radiotherapy |
| 2068 | 2 | inflicted | 2141 | 2 | mesenteric | 2214 | 2 | papulovesicular | 2287 | 2 | radius |
| 2069 | 2 | influenzae | 2142 | 2 | messenger | 2215 | 2 | para | 2288 | 2 | raise |
| 2070 | 2 | infusion | 2143 | 2 | metabolic | 2216 | 2 | paralysis | 2289 | 2 | raised |
| 2071 | 2 | inhalation | 2144 | 2 | metal | 2217 | 2 | paranoid | 2290 | 2 | ran |
| 2072 | 2 | inherit | 2145 | 2 | methaemoglobinaemia | 2218 | 2 | parasite | 2291 | 2 | ratio |
| 2073 | 2 | initiated | 2146 | 2 | methicillin | 2219 | 2 | park | 2292 | 2 | readiness |
| 2074 | 2 | inject | 2147 | 2 | methimazole | 2220 | 2 | partially | 2293 | 2 | receive |
| 2075 | 2 | insecticide | 2148 | 2 | metrorrhagia | 2221 | 2 | partners | 2294 | 2 | recognize |
| 2076 | 2 | insomnia | 2149 | 2 | microscope | 2222 | 2 | party | 2295 | 2 | recur |
| 2077 | 2 | inspiration | 2150 | 2 | migrate | 2223 | 2 | pay | 2296 | 2 | refractory |
| 2078 | 2 | instability | 2151 | 2 | mimic | 2224 | 2 | pd | 2297 | 2 | regulation |
| 2079 | 2 | instruction | 2152 | 2 | minute | 2225 | 2 | peak | 2298 | 2 | rehabilitation |
| 2080 | 2 | instrument | 2153 | 2 | miscarriage | 2226 | 2 | penicillin | 2299 | 2 | relaxant |
| 2081 | 2 | insufficiency | 2154 | 2 | mist | 2227 | 2 | percentile | 2300 | 2 | relearn |
| 2082 | 2 | intensity | 2155 | 2 | moderate | 2228 | 2 | pericardial | 2301 | 2 | released |
| 2083 | 2 | intentional | 2156 | 2 | moist | 2229 | 2 | pericarditis | 2302 | 2 | repair |
| 2084 | 2 | intermittently | 2157 | 2 | molecule | 2230 | 2 | periphery | 2303 | 2 | repeat |
| 2085 | 2 | intervention | 2158 | 2 | money | 2231 | 2 | personality | 2304 | 2 | repetitive |

ANNEXE 17
Wordlist de référence (WL référence)

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|----------------|------|---|----------------|------|---|----------------------|------|---|----------------|
| 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 | adenocarcinoma |
| 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 |

Volumes II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|-------------------|------|---|----------------|------|---|-----------------|------|---|-------------------|
| 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 | antiacardioliipin | 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 | apptitude | 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 | bronchololith | 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 | calciophylaxis | 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 |

ANNEXE 17
Wordlist de référence (WL référence)

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|----------------|------|---|------------------|------|---|-----------------------|------|---|-----------------|
| 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 | diphtheria |
| 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 | discoïd |
| 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 | distention |
| 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 |

Volumes II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|-------------------|------|---|--------------------------|------|---|--------------|------|---|--------------------|
| 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 | esophagostroduodenoscopy | 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 | gonorrhoea |
| 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 |

ANNEXE 17
Wordlist de référence (WL référence)

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|------------------|------|---|-----------------------|------|---|-----------------|------|---|-----------------|
| 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 | isthmus |
| 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 | hypokinesia | 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 | kabaddi |
| 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 | ilium | 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 | immunosuppression | 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 |

Volumes II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|---------------|------|---|---------------|------|---|--------------------|------|---|------------------|
| 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 | lifts | 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 | oddy |
| 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 |

ANNEXE 17
Wordlist de référence (WL référence)

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|----------------|------|---|-----------------|------|---|-----------------|------|---|----------------|
| 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 | provoked |
| 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 |

Volumes II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|----------------|------|---|----------------|------|---|----------------|------|---|----------------|
| 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 | restricted | 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 |

ANNEXE 17
Wordlist de référence (WL référence)

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|-----------------|------|---|--------------------|------|---|----------------|------|---|----------------|
| 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 | |
| 4653 | 1 | strabismus | 4726 | 1 | tall | 4799 | 1 | tolerate | | | understandable |
| 4654 | 1 | straighten | 4727 | 1 | tamsulosin | 4800 | 1 | tonsillitis | 4872 | 1 | undetected |
| 4655 | 1 | straightening | 4728 | 1 | tape | 4801 | 1 | topically | 4873 | 1 | undetermined |
| 4656 | 1 | stranded | 4729 | 1 | taper | 4802 | 1 | torn | 4874 | 1 | undiagnosed |
| 4657 | 1 | strangely | 4730 | 1 | tapering | 4803 | 1 | torsion | 4875 | 1 | unexpected |
| 4658 | 1 | stranger | 4731 | 1 | taste | 4804 | 1 | torso | 4876 | 1 | unfavorable |
| 4659 | 1 | straw | 4732 | 1 | tasty | 4805 | 1 | totally | 4877 | 1 | unheated |
| 4660 | 1 | stream | 4733 | 1 | tattooed | 4806 | 1 | touching | 4878 | 1 | unilaterally |
| 4661 | 1 | stretched | 4734 | 1 | tauroselcholic | 4807 | 1 | tough | 4879 | 1 | unintelligible |
| 4662 | 1 | stretching | 4735 | 1 | taxi | 4808 | 1 | tourette | 4880 | 1 | unintended |
| 4663 | 1 | strict | 4736 | 1 | tdap | 4809 | 1 | towards | 4881 | 1 | unique |
| 4664 | 1 | string | 4737 | 1 | tea | 4810 | 1 | towel | 4882 | 1 | unless |
| 4665 | 1 | stringent | 4738 | 1 | teacher | 4811 | 1 | toy | 4883 | 1 | unplanned |
| 4666 | 1 | struck | 4739 | 1 | technician | 4812 | 1 | tracer | 4884 | 1 | unproductive |
| 4667 | 1 | structure | 4740 | 1 | technique | 4813 | 1 | tracheomalacia | 4885 | 1 | unrecognised |
| 4668 | 1 | structured | 4741 | 1 | technology | 4814 | 1 | trademarked | 4886 | 1 | unsteadiness |
| 4669 | 1 | struggle | 4742 | 1 | teen | 4815 | 1 | traffic | 4887 | 1 | unsuccessful |
| 4670 | 1 | stuck | 4743 | 1 | teenage | 4816 | 1 | tragedy | 4888 | 1 | untreated |
| 4671 | 1 | sub | 4744 | 1 | teenager | 4817 | 1 | trainee | 4889 | 1 | unusable |
| 4672 | 1 | subcarinal | 4745 | 1 | telephone | 4818 | 1 | transform | 4890 | 1 | unwanted |
| 4673 | 1 | subclinal | 4746 | 1 | television | 4819 | 1 | transoral | 4891 | 1 | unwitnessed |
| 4674 | 1 | subjective | 4747 | 1 | telemwork | 4820 | 1 | transpire | 4892 | 1 | upright |
| 4675 | 1 | submit | 4748 | 1 | tempered | 4821 | 1 | transplant | 4893 | 1 | upsetting |
| 4676 | 1 | submucosal | 4749 | 1 | temporal | 4822 | 1 | transport | 4894 | 1 | upwards |
| 4677 | 1 | substantial | 4750 | 1 | ten | 4823 | 1 | transportation | 4895 | 1 | ureteric |
| 4678 | 1 | suburban | 4751 | 1 | tend | 4824 | 1 | transthoracic | 4896 | 1 | urologist |
| 4679 | 1 | successful | 4752 | 1 | teratogenic | 4825 | 1 | transverse | 4897 | 1 | urticaria |
| 4680 | 1 | successfully | 4753 | 1 | terminate | 4826 | 1 | trash | 4898 | 1 | usa |
| 4681 | 1 | suction | 4754 | 1 | terminating | 4827 | 1 | treatable | 4899 | 1 | utero |
| 4682 | 1 | suffer | 4755 | 1 | terrace | 4828 | 1 | trembling | 4900 | 1 | utilise |
| 4683 | 1 | suffice | 4756 | 1 | territory | 4829 | 1 | trial | 4901 | 1 | utilize |
| 4684 | 1 | sufficient | 4757 | 1 | tested | 4830 | 1 | tried | 4902 | 1 | uva |
| 4685 | 1 | suicide | 4758 | 1 | testicle | 4831 | 1 | triggered | 4903 | 1 | uvb |
| 4686 | 1 | suitied | 4759 | 1 | testy | 4832 | 1 | trim | 4904 | 1 | vaccinate |
| 4687 | 1 | summarize | 4760 | 1 | tetabenazine | 4833 | 1 | trimmer | 4905 | 1 | vacuolar |
| 4688 | 1 | summers | 4761 | 1 | thai | 4834 | 1 | triple | 4906 | 1 | vaers |
| 4689 | 1 | summon | 4762 | 1 | thailand | 4835 | 1 | tropical | 4907 | 1 | vagina |
| 4690 | 1 | sunscreen | 4763 | 1 | thalassemia | 4836 | 1 | troponin | 4908 | 1 | valentine |
| 4691 | 1 | supersede | 4764 | 1 | thank | 4837 | 1 | truck | 4909 | 1 | validate |
| 4692 | 1 | supervised | 4765 | 1 | theme | 4838 | 1 | truth | 4910 | 1 | validity |
| 4693 | 1 | supposed | 4766 | 1 | themselves | 4839 | 1 | trying | 4911 | 1 | valsartan |
| 4694 | 1 | suppress | 4767 | 1 | therapeutic | 4840 | 1 | ts | 4912 | 1 | variant |
| 4695 | 1 | suppression | 4768 | 1 | therefore | 4841 | 1 | tubular | 4913 | 1 | varice |
| 4696 | 1 | suppurative | 4769 | 1 | thiamine | 4842 | 1 | tumour | 4914 | 1 | variola |
| 4697 | 1 | surge | 4770 | 1 | thighbones | 4843 | 1 | tumours | 4915 | 1 | various |
| 4698 | 1 | surplus | 4771 | 1 | thimerosal | 4844 | 1 | tunneled | 4916 | 1 | vas |
| 4699 | 1 | surprised | 4772 | 1 | thinner | 4845 | 1 | turks | 4917 | 1 | vcte |
| 4700 | 1 | surrender | 4773 | 1 | thirty | 4846 | 1 | turned | 4918 | 1 | ventilator |
| 4701 | 1 | surrendering | 4774 | 1 | thong | 4847 | 1 | tussive | 4919 | 1 | ventriculi |
| 4702 | 1 | surround | 4775 | 1 | thorough | 4848 | 1 | twenties | 4920 | 1 | verbally |
| 4703 | 1 | surveillance | 4776 | 1 | thoughtful | 4849 | 1 | twist | 4921 | 1 | verbatim |
| 4704 | 1 | surviving | 4777 | 1 | threat | 4850 | 1 | twitch | 4922 | 1 | verify |
| 4705 | 1 | susceptible | 4778 | 1 | threatened | 4851 | 1 | tympanic | 4923 | 1 | vermont |
| 4706 | 1 | suspended | 4779 | 1 | thrive | 4852 | 1 | tympanoplasty | 4924 | 1 | version |
| 4707 | 1 | sustaining | 4780 | 1 | thrombocytosis | 4853 | 1 | typhoid | 4925 | 1 | versus |
| 4708 | 1 | swan | 4781 | 1 | thromboembolism | 4854 | 1 | uc | 4926 | 1 | vertebras |
| 4709 | 1 | swimming | 4782 | 1 | thrombolysis | 4855 | 1 | ulceration | 4927 | 1 | vertical |
| 4710 | 1 | symmetric | 4783 | 1 | thromboprophylaxis | 4856 | 1 | ulcerosa | 4928 | 1 | vertigo |
| 4711 | 1 | symmetrical | 4784 | 1 | thyroiditis | 4857 | 1 | ulna | 4929 | 1 | vesicular |
| 4712 | 1 | sympomatic | 4785 | 1 | thyroxine | 4858 | 1 | ulnar | 4930 | 1 | via |
| 4713 | 1 | symptomatically | 4786 | 1 | tibia | 4859 | 1 | ulterior | 4931 | 1 | viable |

Volumes II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|---------------|------|---|-----------|------|---|-----------|------|---|----------|
| 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 | 61 | 10 | eye | 124 | 6 | prescription | 187 | 4 | asking |
| #Lemma Tokens: 3974 | 62 | 10 | information | 125 | 6 | pressure | 188 | 4 | bad |
| #Search Hits: 0 | 63 | 10 | name | 126 | 6 | result | 189 | 4 | born |
| 1 83 d | 64 | 10 | seem | 127 | 6 | sharp | 190 | 4 | boy |
| 2 58 nurse | 65 | 10 | something | 128 | 6 | sorry | 191 | 4 | bp |
| 3 58 p | 66 | 10 | taking | 129 | 6 | surgery | 192 | 4 | called |
| 4 56 ok | 67 | 10 | yeah | 130 | 6 | thanks | 193 | 4 | chart |
| 5 54 m | 68 | 9 | examination | 131 | 6 | tongue | 194 | 4 | cranial |
| 6 54 well | 69 | 9 | month | 132 | 5 | allergic | 195 | 4 | deep |
| 7 38 like | 70 | 9 | morning | 133 | 5 | antibiotic | 196 | 4 | die |
| 8 36 patient | 71 | 9 | problem | 134 | 5 | april | 197 | 4 | doesn |
| 9 36 see | 72 | 9 | question | 135 | 5 | c | 198 | 4 | dosage |
| 10 35 going | 73 | 9 | sure | 136 | 5 | chad | 199 | 4 | eighty |
| 11 35 know | 74 | 8 | ago | 137 | 5 | close | 200 | 4 | else |
| 12 34 ve | 75 | 8 | baby | 138 | 5 | concern | 201 | 4 | eyelid |
| 13 32 yes | 76 | 8 | cough | 139 | 5 | condition | 202 | 4 | feeling |
| 14 30 doctor | 77 | 8 | date | 140 | 5 | correct | 203 | 4 | giving |
| 15 30 re | 78 | 8 | little | 141 | 5 | diagnosis | 204 | 4 | gonna |
| 16 29 right | 79 | 8 | must | 142 | 5 | didn | 205 | 4 | hard |
| 17 28 feel | 80 | 8 | part | 143 | 5 | disease | 206 | 4 | headaches |
| 18 25 pain | 81 | 8 | put | 144 | 5 | dr | 207 | 4 | health |
| 19 25 year | 82 | 8 | side | 145 | 5 | effect | 208 | 4 | heart |
| 20 24 mary | 83 | 8 | stop | 146 | 5 | er | 209 | 4 | history |
| 21 24 take | 84 | 8 | tablet | 147 | 5 | every | 210 | 4 | hudson |
| 22 23 ll | 85 | 8 | want | 148 | 5 | examine | 211 | 4 | illness |
| 23 23 oh | 86 | 7 | bed | 149 | 5 | family | 212 | 4 | keep |
| 24 22 good | 87 | 7 | birth | 150 | 5 | find | 213 | 4 | lab |
| 25 20 get | 88 | 7 | fine | 151 | 5 | finger | 214 | 4 | leg |
| 26 20 tell | 89 | 7 | isn | 152 | 5 | fit | 215 | 4 | lie |
| 27 19 today | 90 | 7 | lower | 153 | 5 | getting | 216 | 4 | listen |
| 28 19 would | 91 | 7 | pulse | 154 | 5 | great | 217 | 4 | made |
| 29 18 could | 92 | 7 | stomach | 155 | 5 | hall | 218 | 4 | many |
| 30 17 let | 93 | 7 | three | 156 | 5 | happen | 219 | 4 | mean |
| 31 17 mr | 94 | 7 | two | 157 | 5 | idea | 220 | 4 | michelle |
| 32 16 chest | 95 | 6 | abdomen | 158 | 5 | jim | 221 | 4 | moment |
| 33 16 test | 96 | 6 | able | 159 | 5 | lot | 222 | 4 | mother |
| 34 16 think | 97 | 6 | actually | 160 | 5 | lt | 223 | 4 | neck |
| 35 16 time | 98 | 6 | always | 161 | 5 | may | 224 | 4 | ninety |
| 36 15 blood | 99 | 6 | attack | 162 | 5 | medication | 225 | 4 | normal |
| 37 15 go | 100 | 6 | away | 163 | 5 | mind | 226 | 4 | nose |
| 38 14 got | 101 | 6 | bring | 164 | 5 | mouth | 227 | 4 | nothing |
| 39 14 one | 102 | 6 | check | 165 | 5 | nerve | 228 | 4 | open |
| 40 14 remember | 103 | 6 | end | 166 | 5 | notice | 229 | 4 | pharmacist |
| 41 14 start | 104 | 6 | ever | 167 | 5 | patricia | 230 | 4 | pin |
| 42 13 bite | 105 | 6 | face | 168 | 5 | perform | 231 | 4 | present |
| 43 13 come | 106 | 6 | five | 169 | 5 | period | 232 | 4 | rash |
| 44 13 need | 107 | 6 | give | 170 | 5 | please | 233 | 4 | repeat |
| 45 13 quite | 108 | 6 | haven | 171 | 5 | reaction | 234 | 4 | respiratory |
| 46 13 say | 109 | 6 | help | 172 | 5 | recall | 235 | 4 | retired |
| 47 13 wife | 110 | 6 | hi | 173 | 5 | skin | 236 | 4 | robert |
| 48 12 dan | 111 | 6 | high | 174 | 5 | small | 237 | 4 | saying |
| 49 12 first | 112 | 6 | hospital | 175 | 5 | thank | 238 | 4 | section |
| 50 12 medicine | 113 | 6 | hundred | 176 | 5 | touch | 239 | 4 | show |
| 51 11 ask | 114 | 6 | important | 177 | 5 | trouble | 240 | 4 | six |
| 52 11 back | 115 | 6 | last | 178 | 5 | tummy | 241 | 4 | street |
| 53 11 exam | 116 | 6 | limb | 179 | 5 | walk | 242 | 4 | stuff |
| 54 11 long | 117 | 6 | look | 180 | 5 | weight | 243 | 4 | suppose |
| 55 11 make | 118 | 6 | mrs | 181 | 5 | word | 244 | 4 | symptom |
| 56 11 old | 119 | 6 | much | 182 | 4 | ability | 245 | 4 | told |
| 57 11 really | 120 | 6 | numb | 183 | 4 | affected | 246 | 4 | use |
| 58 10 anything | 121 | 6 | operation | 184 | 4 | airway | 247 | 4 | week |
| 59 10 breath | 122 | 6 | past | 185 | 4 | arms | 248 | 4 | winter |
| 60 10 day | 123 | 6 | paul | 186 | 4 | around | 249 | 4 | work |

Volumes II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|-----|---|-------------|-----|---|---------------|-----|---|--------------|
| 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 |

ANNEXE 18
Wordlists des trois programmes (WL PROG)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|-----|---|---------------|-----|---|------------|-----|---|---------------|
| 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't |
| 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't | 709 | 1 | bladder | 782 | 1 | cry |
| 564 | 2 | shot | 637 | 2 | wrinkle | 710 | 1 | bleed | 783 | 1 | cure |
| 565 | 2 | shouldn't | 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 |

Volumes II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|------------------|-----|---|---------------|------|---|----------------|------|---|----------------|
| 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 | ierce |
| 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 |

ANNEXE 18
Wordlists des trois programmes (WL PROG)

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|---------------|------|---|---------------|------|---|----------------|------|---|------------|
| 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 | verru |
| 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 | vitality |
| 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 | | | |

Volumes II
Annexes

WL PROG 2

| | | | | | | | | | |
|---------------------|-----|---|-----------|-----|---|------------|-----|---|------------|
| #Lemma Types: 1265 | 68 | 6 | gonna | 138 | 4 | hospital | 208 | 3 | history |
| #Lemma Tokens: 3104 | 69 | 6 | might | 139 | 4 | hours | 209 | 3 | inhaler |
| #Search Hits: 0 | 70 | 6 | patient | 140 | 4 | infection | 210 | 3 | involve |
| 1 188 d | 71 | 6 | pee | 141 | 4 | joint | 211 | 3 | isn |
| 2 110 p | 72 | 6 | really | 142 | 4 | joy | 212 | 3 | knee |
| 3 56 m | 73 | 6 | side | 143 | 4 | keep | 213 | 3 | lap |
| 4 32 re | 74 | 6 | sometimes | 144 | 4 | kind | 214 | 3 | least |
| 5 30 going | 75 | 6 | thank | 145 | 4 | means | 215 | 3 | left |
| 6 27 feel | 76 | 6 | tongue | 146 | 4 | memory | 216 | 3 | lip |
| 7 25 like | 77 | 6 | touch | 147 | 4 | much | 217 | 3 | little |
| 8 21 go | 78 | 6 | yes | 148 | 4 | night | 218 | 3 | looking |
| 9 20 one | 79 | 5 | able | 149 | 4 | nose | 219 | 3 | lot |
| 10 18 know | 80 | 5 | anything | 150 | 4 | obviously | 220 | 3 | lower |
| 11 17 let | 81 | 5 | better | 151 | 4 | ocd | 221 | 3 | lumbar |
| 12 17 pain | 82 | 5 | call | 152 | 4 | oh | 222 | 3 | medical |
| 13 16 drug | 83 | 5 | chest | 153 | 4 | organ | 223 | 3 | memorize |
| 14 16 ok | 84 | 5 | come | 154 | 4 | pill | 224 | 3 | mind |
| 15 16 well | 85 | 5 | day | 155 | 4 | problem | 225 | 3 | mistake |
| 16 15 blood | 86 | 5 | doesn | 156 | 4 | recall | 226 | 3 | neck |
| 17 15 could | 87 | 5 | dr | 157 | 4 | repeat | 227 | 3 | never |
| 18 14 get | 88 | 5 | ever | 158 | 4 | robert | 228 | 3 | notice |
| 19 14 say | 89 | 5 | finger | 159 | 4 | seeker | 229 | 3 | numb |
| 20 14 test | 90 | 5 | great | 160 | 4 | sensation | 230 | 3 | open |
| 21 13 tell | 91 | 5 | hand | 161 | 4 | sera | 231 | 3 | oxygen |
| 22 12 back | 92 | 5 | happen | 162 | 4 | sharp | 232 | 3 | palsy |
| 23 12 need | 93 | 5 | leg | 163 | 4 | someone | 233 | 3 | panel |
| 24 12 time | 94 | 5 | limb | 164 | 4 | son | 234 | 3 | part |
| 25 12 ve | 95 | 5 | ll | 165 | 4 | sore | 235 | 3 | party |
| 26 11 eye | 96 | 5 | lung | 166 | 4 | stomach | 236 | 3 | person |
| 27 11 good | 97 | 5 | maybe | 167 | 4 | stroke | 237 | 3 | pin |
| 28 11 wrong | 98 | 5 | mean | 168 | 4 | try | 238 | 3 | puff |
| 29 10 make | 99 | 5 | muscle | 169 | 4 | two | 239 | 3 | read |
| 30 10 would | 100 | 5 | needle | 170 | 4 | work | 240 | 3 | sample |
| 31 10 yeah | 101 | 5 | old | 171 | 3 | accident | 241 | 3 | saying |
| 32 9 cause | 102 | 5 | policy | 172 | 3 | actually | 242 | 3 | seven |
| 33 9 nerve | 103 | 5 | rate | 173 | 3 | allergic | 243 | 3 | shot |
| 34 9 people | 104 | 5 | said | 174 | 3 | already | 244 | 3 | shoulder |
| 35 9 start | 105 | 5 | skin | 175 | 3 | ankle | 245 | 3 | sit |
| 36 9 think | 106 | 5 | sleep | 176 | 3 | aren | 246 | 3 | spinal |
| 37 9 three | 107 | 5 | small | 177 | 3 | arm | 247 | 3 | spine |
| 38 9 w | 108 | 5 | something | 178 | 3 | asthma | 248 | 3 | stick |
| 39 9 year | 109 | 5 | sorry | 179 | 3 | balance | 249 | 3 | system |
| 40 8 heart | 110 | 5 | sure | 180 | 3 | bathroom | 250 | 3 | tight |
| 41 8 hurt | 111 | 5 | symptom | 181 | 3 | bed | 251 | 3 | tightness |
| 42 8 put | 112 | 5 | today | 182 | 3 | blind | 252 | 3 | tooth |
| 43 8 rash | 113 | 5 | walk | 183 | 3 | called | 253 | 3 | top |
| 44 8 stop | 114 | 5 | word | 184 | 3 | change | 254 | 3 | twice |
| 45 8 use | 115 | 5 | world | 185 | 3 | check | 255 | 3 | u |
| 46 7 didn | 116 | 4 | ability | 186 | 3 | clinic | 256 | 3 | uh |
| 47 7 first | 117 | 4 | ask | 187 | 3 | crush | 257 | 3 | upper |
| 48 7 give | 118 | 4 | bad | 188 | 3 | diabetes | 258 | 3 | usually |
| 49 7 got | 119 | 4 | big | 189 | 3 | difference | 259 | 3 | wasn |
| 50 7 house | 120 | 4 | body | 190 | 3 | discharge | 260 | 3 | water |
| 51 7 last | 121 | 4 | break | 191 | 3 | er | 261 | 3 | wee |
| 52 7 look | 122 | 4 | breath | 192 | 3 | even | 262 | 3 | week |
| 53 7 nothing | 123 | 4 | bruise | 193 | 3 | exam | 263 | 3 | without |
| 54 7 okay | 124 | 4 | c | 194 | 3 | examine | 264 | 3 | won |
| 55 7 push | 125 | 4 | car | 195 | 3 | family | 265 | 2 | acceptance |
| 56 7 right | 126 | 4 | cheek | 196 | 3 | feeling | 266 | 2 | act |
| 57 7 see | 127 | 4 | close | 197 | 3 | freak | 267 | 2 | addictive |
| 58 7 take | 128 | 4 | control | 198 | 3 | free | 268 | 2 | amount |
| 59 7 throat | 129 | 4 | cough | 199 | 3 | gabapentin | 269 | 2 | amped |
| 60 7 want | 130 | 4 | cranial | 200 | 3 | god | 270 | 2 | and |
| 61 7 way | 131 | 4 | every | 201 | 3 | hair | 271 | 2 | answer |
| 62 6 arms | 132 | 4 | failure | 202 | 3 | half | 272 | 2 | anywhere |
| 63 6 bite | 133 | 4 | feet | 203 | 3 | haven | 273 | 2 | around |
| 64 6 cancer | 134 | 4 | fever | 204 | 3 | head | 274 | 2 | assess |
| 65 6 doctor | 135 | 4 | getting | 205 | 3 | hearing | 275 | 2 | available |
| 66 6 examination | 136 | 4 | guy | 206 | 3 | hell | 276 | 2 | b |
| 67 6 face | 137 | 4 | home | 207 | 3 | help | 277 | 2 | backwards |

ANNEXE 18
Wordlists des trois programmes (WL PROG)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-------------|-----|---|--------------|-----|---|--------------|-----|---|----------------|
| 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 |

Volumes II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---------------|-----|---|----------------|-----|---|-------------|-----|---|-------------------|
| 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 | ets | 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 |

ANNEXE 18
Wordlists des trois programmes (WL PROG)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---------------|------|---|--------------|------|---|----------------|------|---|---------------|
| 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 | inflamm | 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 |

Volumes II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|---------------|------|---|--------------|------|---|---------------|------|---|-----------|
| 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 |

ANNEXE 18
Wordlists des trois programmes (WL PROG)

WL PROG 3

| | | | | | | | | | |
|---------------------|-----|---|-------------|-----|---|------------|-----|---|------------|
| #Lemma Types: 1357 | 68 | 7 | jay | 138 | 4 | change | 208 | 3 | detective |
| #Lemma Tokens: 3207 | 69 | 7 | mother | 139 | 4 | cheek | 209 | 3 | diabetes |
| #Search Hits: 0 | 70 | 7 | time | 140 | 4 | chest | 210 | 3 | discomfort |
| 1 76 d | 71 | 6 | actually | 141 | 4 | close | 211 | 3 | disease |
| 2 68 m | 72 | 6 | alan | 142 | 4 | control | 212 | 3 | disorder |
| 3 41 doctor | 73 | 6 | arms | 143 | 4 | cranial | 213 | 3 | done |
| 4 37 p | 74 | 6 | bang | 144 | 4 | effect | 214 | 3 | dr |
| 5 34 sheldon | 75 | 6 | bite | 145 | 4 | exam | 215 | 3 | dry |
| 6 25 like | 76 | 6 | boy | 146 | 4 | face | 216 | 3 | eat |
| 7 23 leonard | 77 | 6 | cause | 147 | 4 | fall | 217 | 3 | enough |
| 8 22 going | 78 | 6 | didn | 148 | 4 | fill | 218 | 3 | ever |
| 9 20 re | 79 | 6 | examination | 149 | 4 | funny | 219 | 3 | examine |
| 10 19 could | 80 | 6 | fever | 150 | 4 | gloria | 220 | 3 | failure |
| 11 19 go | 81 | 6 | happen | 151 | 4 | hand | 221 | 3 | foot |
| 12 18 know | 82 | 6 | may | 152 | 4 | hey | 222 | 3 | full |
| 13 18 okay | 83 | 6 | medical | 153 | 4 | home | 223 | 3 | give |
| 14 18 one | 84 | 6 | part | 154 | 4 | hours | 224 | 3 | hair |
| 15 17 feel | 85 | 6 | people | 155 | 4 | house | 225 | 3 | half |
| 16 17 oh | 86 | 6 | pill | 156 | 4 | hurt | 226 | 3 | head |
| 17 17 ok | 87 | 6 | push | 157 | 4 | involve | 227 | 3 | hearing |
| 18 17 well | 88 | 6 | rate | 158 | 4 | kind | 228 | 3 | high |
| 19 16 say | 89 | 6 | steph | 159 | 4 | least | 229 | 3 | hospital |
| 20 16 test | 90 | 6 | tongue | 160 | 4 | leg | 230 | 3 | infection |
| 21 14 blood | 91 | 6 | ve | 161 | 4 | little | 231 | 3 | inflame |
| 22 14 get | 92 | 6 | way | 162 | 4 | lot | 232 | 3 | jaw |
| 23 14 right | 93 | 6 | yeah | 163 | 4 | love | 233 | 3 | left |
| 24 13 back | 94 | 5 | able | 164 | 4 | lymphoma | 234 | 3 | lip |
| 25 13 let | 95 | 5 | accident | 165 | 4 | mump | 235 | 3 | liver |
| 26 13 ll | 96 | 5 | anything | 166 | 4 | next | 236 | 3 | long |
| 27 12 fine | 97 | 5 | ask | 167 | 4 | nose | 237 | 3 | look |
| 28 12 nurse | 98 | 5 | biopsy | 168 | 4 | numb | 238 | 3 | looking |
| 29 12 ross | 99 | 5 | cut | 169 | 4 | ocd | 239 | 3 | lord |
| 30 12 want | 100 | 5 | damage | 170 | 4 | organ | 240 | 3 | lose |
| 31 12 would | 101 | 5 | date | 171 | 4 | pressure | 241 | 3 | lower |
| 32 11 eddie | 102 | 5 | day | 172 | 4 | recall | 242 | 3 | lung |
| 33 11 ron | 103 | 5 | family | 173 | 4 | repeat | 243 | 3 | lymph |
| 34 10 eye | 104 | 5 | finger | 174 | 4 | robert | 244 | 3 | man |
| 35 10 gonna | 105 | 5 | getting | 175 | 4 | scan | 245 | 3 | mean |
| 36 10 good | 106 | 5 | great | 176 | 4 | see | 246 | 3 | means |
| 37 10 need | 107 | 5 | history | 177 | 4 | sharp | 247 | 3 | memorize |
| 38 10 penny | 108 | 5 | jules | 178 | 4 | skin | 248 | 3 | mental |
| 39 10 think | 109 | 5 | keep | 179 | 4 | sound | 249 | 3 | might |
| 40 10 yes | 110 | 5 | last | 180 | 4 | stroke | 250 | 3 | mind |
| 41 9 beau | 111 | 5 | limb | 181 | 4 | theory | 251 | 3 | mouth |
| 42 9 cool | 112 | 5 | manny | 182 | 4 | three | 252 | 3 | moving |
| 43 9 joey | 113 | 5 | memory | 183 | 4 | trial | 253 | 3 | mrs |
| 44 9 lynette | 114 | 5 | neck | 184 | 4 | type | 254 | 3 | much |
| 45 9 mike | 115 | 5 | notice | 185 | 4 | understand | 255 | 3 | muscle |
| 46 9 pain | 116 | 5 | phoebe | 186 | 4 | whole | 256 | 3 | needle |
| 47 9 side | 117 | 5 | shoulder | 187 | 4 | without | 257 | 3 | node |
| 48 9 start | 118 | 5 | son | 188 | 4 | work | 258 | 3 | nothing |
| 49 9 stop | 119 | 5 | stress | 189 | 4 | wrong | 259 | 3 | object |
| 50 9 take | 120 | 5 | sure | 190 | 3 | ah | 260 | 3 | old |
| 51 9 tell | 121 | 5 | thank | 191 | 3 | allergic | 261 | 3 | open |
| 52 8 even | 122 | 5 | today | 192 | 3 | arm | 262 | 3 | operate |
| 53 8 heart | 123 | 5 | touch | 193 | 3 | bad | 263 | 3 | oxygen |
| 54 8 kidney | 124 | 5 | try | 194 | 3 | bed | 264 | 3 | palsy |
| 55 8 make | 125 | 5 | two | 195 | 3 | besides | 265 | 3 | patient |
| 56 8 nerve | 126 | 5 | upper | 196 | 3 | better | 266 | 3 | pin |
| 57 8 put | 127 | 5 | walk | 197 | 3 | body | 267 | 3 | puff |
| 58 8 sorry | 128 | 5 | week | 198 | 3 | break | 268 | 3 | purpose |
| 59 8 year | 129 | 5 | word | 199 | 3 | bring | 269 | 3 | question |
| 60 7 big | 130 | 4 | ability | 200 | 3 | called | 270 | 3 | rash |
| 61 7 c | 131 | 4 | appendix | 201 | 3 | cardiac | 271 | 3 | really |
| 62 7 come | 132 | 4 | attack | 202 | 3 | check | 272 | 3 | rule |
| 63 7 drink | 133 | 4 | birth | 203 | 3 | cholera | 273 | 3 | run |
| 64 7 first | 134 | 4 | brain | 204 | 3 | clear | 274 | 3 | sensation |
| 65 7 god | 135 | 4 | breath | 205 | 3 | contagious | 275 | 3 | sick |
| 66 7 hear | 136 | 4 | call | 206 | 3 | count | 276 | 3 | spinal |
| 67 7 jake | 137 | 4 | captain | 207 | 3 | cuff | 277 | 3 | stick |

Volumes II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---------------|-----|---|----------------|-----|---|--------------|-----|---|---------------|
| 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 | alariming | 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 | fingerail |
| 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 |

Volumes II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-------------------|------|---|---------------|------|---|--------------|------|---|--------------|
| 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 |

ANNEXE 18
Wordlists des trois programmes (WL PROG)

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|--------------|------|---|-----------------|------|---|--------------|------|---|-------------|
| 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 | 58 26 also | 118 14 hear | 178 9 ago |
| #Lemma Tokens: 8632 | 59 26 bring | 119 14 important | 179 9 appetite |
| #Search Hits: 0 | 60 25 born | 120 14 nerve | 180 9 arm |
| 1 1378 d | 61 25 chest | 121 14 part | 181 9 assess |
| 2 661 ok | 62 25 history | 122 14 particular | 182 9 attack |
| 3 159 going | 63 25 make | 123 14 really | 183 9 body |
| 4 156 m | 64 25 start | 124 14 suffer | 184 9 bowel |
| 5 130 take | 65 24 prescribe | 125 13 another | 185 9 examine |
| 6 89 blood | 66 24 since | 126 13 eighty | 186 9 example |
| 7 84 like | 67 24 weight | 127 13 full | 187 9 head |
| 8 72 know | 68 23 birth | 128 13 lot | 188 9 identity |
| 9 68 feel | 69 23 every | 129 13 oh | 189 9 inspection |
| 10 66 question | 70 23 forget | 130 13 result | 190 9 listen |
| 11 64 check | 71 23 specific | 131 13 tingling | 191 9 married |
| 12 60 anything | 72 22 else | 132 13 type | 192 9 mg |
| 13 59 yes | 73 22 give | 133 12 asthma | 193 9 people |
| 14 58 day | 74 22 many | 134 12 better | 194 9 pulmonary |
| 15 58 pain | 75 21 abdomen | 135 12 cancer | 195 9 quite |
| 16 58 please | 76 21 fever | 136 12 difficulty | 196 9 regarding |
| 17 57 one | 77 21 let | 137 12 health | 197 9 remember |
| 18 56 first | 78 21 notice | 138 12 help | 198 9 said |
| 19 55 need | 79 20 allergy | 139 12 last | 199 9 scan |
| 20 54 disease | 80 20 could | 140 12 maybe | 200 9 sugar |
| 21 53 ask | 81 20 heart | 141 12 morning | 201 9 twenty |
| 22 51 problem | 82 20 loss | 142 12 sometimes | 202 9 vision |
| 23 50 re | 83 20 minute | 143 12 sound | 203 8 american |
| 24 48 would | 84 20 often | 144 12 surgery | 204 8 control |
| 25 45 symptom | 85 19 go | 145 11 bad | 205 8 diagnosis |
| 26 45 treatment | 86 19 happen | 146 11 glycaemia | 206 8 diarrhea |
| 27 44 tell | 87 19 sure | 147 11 great | 207 8 hospital |
| 28 43 normal | 88 18 drink | 148 11 inspect | 208 8 hours |
| 29 42 nothing | 89 18 eat | 149 11 job | 209 8 hurt |
| 30 42 think | 90 18 got | 150 11 kind | 210 8 infection |
| 31 41 exam | 91 18 medication | 151 11 mean | 211 8 inflammation |
| 32 41 pressure | 92 18 month | 152 11 numbness | 212 8 live |
| 33 39 per | 93 18 old | 153 11 palpate | 213 8 lost |
| 34 37 temperature | 94 17 cough | 154 11 perfect | 214 8 medical |
| 35 37 today | 95 17 diet | 155 11 say | 215 8 mother |
| 36 35 good | 96 17 everything | 156 11 urine | 216 8 order |
| 37 35 respiratory | 97 17 smoke | 157 11 year | 217 8 past |
| 38 35 well | 98 16 complementary | 158 10 age | 218 8 percussion |
| 39 34 see | 99 16 diabetes | 159 10 alcohol | 219 8 perform |
| 40 33 ever | 100 16 fatigue | 160 10 cause | 220 8 pill |
| 41 33 family | 101 16 hundred | 161 10 cell | 221 8 put |
| 42 32 pulse | 102 16 ll | 162 10 change | 222 8 reduce |
| 43 32 rate | 103 16 right | 163 10 chill | 223 8 relieve |
| 44 31 something | 104 16 sorry | 164 10 clinical | 224 8 seem |
| 45 31 test | 105 15 cigarette | 165 10 deal | 225 8 sleep |
| 46 31 want | 106 15 feeling | 166 10 drug | 226 8 sport |
| 47 30 little | 107 15 fine | 167 10 eye | 227 8 stop |
| 48 30 thank | 108 15 food | 168 10 general | 228 8 system |
| 49 30 time | 109 15 lung | 169 10 information | 229 8 thirty |
| 50 29 date | 110 15 tap | 170 10 long | 230 8 times |
| 51 29 name | 111 15 ve | 171 10 mind | 231 8 weakness |
| 52 28 bite | 112 15 walk | 172 10 move | 232 7 count |
| 53 28 vital | 113 14 along | 173 10 physical | 233 7 cranial |
| 54 27 abnormal | 114 14 alright | 174 10 repeat | 234 7 difficult |
| 55 27 hello | 115 14 beat | 175 10 tablet | 235 7 find |
| 56 27 high | 116 14 breath | 176 10 tire | 236 7 headache |
| 57 27 sign | 117 14 come | 177 9 activity | 237 7 home |

Volume II
AnnexesI

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|----------------|-----|---|---------------|-----|---|--------------|-----|---|------------------|
| 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 | examine |
| 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 |

ANNEXE 19

Wordlists des productions orales des trois programmes (WL Prod Orale)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|-----|---|--------------|-----|---|--------------|-----|---|---------------|
| 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 | anaesthetist |
| 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 |

Volume II
AnnexesI

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---------------|-----|---|----------------|------|---|--------------|------|---|---------------|
| 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 | hurttable | 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 | inflamed | 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 | examining | 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 | tetanusis |
| 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 | nationally | 1039 | 1 | rough | 1112 | 1 | tightness |
| 894 | 1 | genetics | 967 | 1 | neck | 1040 | 1 | routine | 1113 | 1 | ting |

ANNEXE 19

Wordlists des productions orales des trois programmes (WL Prod Orale)

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|----------|------|---|---------------|------|---|-----------|------|---|---------|
| 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 | 67 | 20 | history | 136 | 12 | lung | 205 | 8 | said |
| #Lemma Tokens: 8667 | 68 | 20 | many | 137 | 12 | object | 206 | 8 | scan |
| #Search Hits: 0 | 69 | 20 | old | 138 | 12 | recently | 207 | 8 | tablet |
| 1 1331 d | 70 | 20 | worry | 139 | 12 | suffer | 208 | 8 | tap |
| 2 617 ok | 71 | 19 | abdomen | 140 | 12 | things | 209 | 8 | tract |
| 3 129 m | 72 | 19 | diet | 141 | 12 | treat | 210 | 8 | urine |
| 4 101 take | 73 | 19 | eat | 142 | 11 | drug | 211 | 8 | weakness |
| 5 96 going | 74 | 19 | ever | 143 | 11 | happen | 212 | 8 | yeah |
| 6 91 blood | 75 | 19 | hear | 144 | 11 | long | 213 | 7 | abnormal |
| 7 87 know | 76 | 19 | say | 145 | 11 | moment | 214 | 7 | ago |
| 8 81 pain | 77 | 18 | else | 146 | 11 | numbness | 215 | 7 | arm |
| 9 73 disease | 78 | 18 | give | 147 | 11 | patch | 216 | 7 | brain |
| 10 70 please | 79 | 18 | got | 148 | 11 | pulmonary | 217 | 7 | change |
| 11 68 one | 80 | 18 | perfect | 149 | 11 | relieve | 218 | 7 | child |
| 12 62 anything | 81 | 18 | really | 150 | 11 | system | 219 | 7 | chill |
| 13 61 like | 82 | 18 | time | 151 | 10 | alcohol | 220 | 7 | cure |
| 14 60 feel | 83 | 17 | complementary | 152 | 10 | appetite | 221 | 7 | diagnosis |
| 15 59 re | 84 | 17 | could | 153 | 10 | bad | 222 | 7 | didn |
| 16 57 think | 85 | 17 | fine | 154 | 10 | birth | 223 | 7 | done |
| 17 56 yes | 86 | 17 | let | 155 | 10 | bite | 224 | 7 | factor |
| 18 55 treatment | 87 | 17 | make | 156 | 10 | cigarette | 225 | 7 | fatigue |
| 19 54 day | 88 | 17 | result | 157 | 10 | difficulty | 226 | 7 | general |
| 20 49 need | 89 | 17 | right | 158 | 10 | health | 227 | 7 | gluten |
| 21 48 exam | 90 | 17 | test | 159 | 10 | il | 228 | 7 | hospital |
| 22 47 check | 91 | 17 | today | 160 | 10 | lose | 229 | 7 | inspect |
| 23 47 problem | 92 | 16 | breath | 161 | 10 | mean | 230 | 7 | insulin |
| 24 46 question | 93 | 16 | cause | 162 | 10 | repeat | 231 | 7 | look |
| 25 45 per | 94 | 16 | cough | 163 | 10 | sample | 232 | 7 | may |
| 26 43 tell | 95 | 16 | go | 164 | 10 | sick | 233 | 7 | numb |
| 27 42 pressure | 96 | 16 | inspection | 165 | 10 | sleep | 234 | 7 | parent |
| 28 42 temperature | 97 | 16 | palpation | 166 | 10 | talk | 235 | 7 | pill |
| 29 40 nothing | 98 | 16 | percussion | 167 | 10 | tenderness | 236 | 7 | practice |
| 30 38 see | 99 | 16 | prescribe | 168 | 10 | tire | 237 | 7 | runs |
| 31 37 family | 100 | 15 | auscultation | 169 | 10 | ve | 238 | 7 | tachycardia |
| 32 36 born | 101 | 15 | drink | 170 | 9 | activity | 239 | 7 | three |
| 33 36 gonna | 102 | 15 | found | 171 | 9 | begin | 240 | 7 | twenty |
| 34 36 rate | 103 | 14 | allergy | 172 | 9 | chest | 241 | 7 | vomit |
| 35 36 respiratory | 104 | 14 | better | 173 | 9 | come | 242 | 7 | wear |
| 36 35 alright | 105 | 14 | cardiovascular | 174 | 9 | heartburn | 243 | 7 | weeks |
| 37 34 good | 106 | 14 | diarrhea | 175 | 9 | kind | 244 | 7 | year |
| 38 34 normal | 107 | 14 | help | 176 | 9 | last | 245 | 6 | alive |
| 39 33 pulse | 108 | 14 | loss | 177 | 9 | mg | 246 | 6 | another |
| 40 33 symptom | 109 | 14 | miss | 178 | 9 | mother | 247 | 6 | artery |
| 41 32 maybe | 110 | 14 | specific | 179 | 9 | nauseous | 248 | 6 | back |
| 42 32 minute | 111 | 14 | sport | 180 | 9 | notice | 249 | 6 | body |
| 43 32 thank | 112 | 14 | start | 181 | 9 | quite | 250 | 6 | cell |
| 44 31 sign | 113 | 14 | sure | 182 | 9 | seventy | 251 | 6 | children |
| 45 31 something | 114 | 14 | times | 183 | 9 | still | 252 | 6 | colonoscopy |
| 46 31 vital | 115 | 14 | type | 184 | 9 | surgery | 253 | 6 | eating |
| 47 29 since | 116 | 13 | age | 185 | 9 | understand | 254 | 6 | exacerbate |
| 48 29 well | 117 | 13 | die | 186 | 9 | walk | 255 | 6 | finally |
| 49 28 name | 118 | 13 | father | 187 | 9 | weak | 256 | 6 | find |
| 50 28 sorry | 119 | 13 | heart | 188 | 9 | work | 257 | 6 | forget |
| 51 27 ask | 120 | 13 | lot | 189 | 8 | attack | 258 | 6 | gain |
| 52 27 hello | 121 | 13 | married | 190 | 8 | colon | 259 | 6 | glycaemia |
| 53 26 asthma | 122 | 13 | medication | 191 | 8 | count | 260 | 6 | hurt |
| 54 26 fever | 123 | 13 | often | 192 | 8 | doctor | 261 | 6 | life |
| 55 26 want | 124 | 13 | remember | 193 | 8 | explain | 262 | 6 | live |
| 56 25 every | 125 | 13 | sound | 194 | 8 | eye | 263 | 6 | medical |
| 57 24 bring | 126 | 13 | stop | 195 | 8 | full | 264 | 6 | memory |
| 58 24 everything | 127 | 13 | thirty | 196 | 8 | hundred | 265 | 6 | oh |
| 59 23 month | 128 | 12 | also | 197 | 8 | lifestyle | 266 | 6 | palpate |
| 60 22 date | 129 | 12 | clinical | 198 | 8 | listen | 267 | 6 | past |
| 61 22 little | 130 | 12 | diabetes | 199 | 8 | means | 268 | 6 | pee |
| 62 21 cancer | 131 | 12 | eighty | 200 | 8 | much | 269 | 6 | pregnancy |
| 63 21 first | 132 | 12 | gastrointestinal | 201 | 8 | must | 270 | 6 | psychiatric |
| 64 21 smoke | 133 | 12 | high | 202 | 8 | nausea | 271 | 6 | put |
| 65 21 weight | 134 | 12 | job | 203 | 8 | order | 272 | 6 | ray |
| 66 20 beat | 135 | 12 | lost | 204 | 8 | physical | 273 | 6 | regarding |

ANNEXE 19

Wordlists des productions orales des trois programmes (WL Prod Orale)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|----------------|-----|---|-------------|-----|---|----------------|-----|---|---------------|
| 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 | colnectomy | 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 |

Volume II
AnnexesI

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-----------------|-----|---|---------------|-----|---|----------------|-----|---|----------------|
| 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 | appendiceotomy | 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 | diphtheria |
| 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 | specific | 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 |

ANNEXE 19

Wordlists des productions orales des trois programmes (WL Prod Orale)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|----------------|-----|---|--------------|------|---|---------------|------|---|-------------|
| 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 | 67 21 beat | 136 12 fine | 205 8 job |
| #Lemma Tokens: 8626 | 68 21 first | 137 12 function | 206 8 left |
| #Search Hits: 0 | 69 21 go | 138 12 get | 207 8 let |
| 1 1253 d | 70 21 want | 139 12 health | 208 8 mother |
| 2 559 ok | 71 20 drink | 140 12 last | 209 8 motor |
| 3 95 m | 72 20 help | 141 12 lot | 210 8 next |
| 4 87 going | 73 20 old | 142 12 often | 211 8 pneumonia |
| 5 82 take | 74 20 test | 143 12 palpation | 212 8 pulmonary |
| 6 81 yes | 75 20 type | 144 12 right | 213 8 remove |
| 7 77 disease | 76 19 auscultation | 145 12 run | 214 8 running |
| 8 74 one | 77 19 chest | 146 12 stop | 215 8 runs |
| 9 73 know | 78 19 prescribe | 147 11 else | 216 8 scan |
| 10 72 feel | 79 19 smoke | 148 11 examine | 217 8 still |
| 11 68 blood | 80 18 alcohol | 149 11 hbp | 218 8 tobacco |
| 12 66 treatment | 81 18 complementary | 150 11 insulin | 219 8 try |
| 13 65 pain | 82 18 loss | 151 11 perfect | 220 8 weak |
| 14 60 good | 83 18 nerve | 152 11 surgery | 221 8 week |
| 15 55 re | 84 18 percussion | 153 11 times | 222 8 worse |
| 16 52 day | 85 18 specific | 154 11 tire | 223 7 activity |
| 17 50 like | 86 18 walk | 155 11 worry | 224 7 age |
| 18 50 tell | 87 18 would | 156 11 year | 225 7 another |
| 19 49 please | 88 17 breath | 157 10 artery | 226 7 belly |
| 20 48 also | 89 17 cancer | 158 10 attack | 227 7 bowel |
| 21 48 exam | 90 17 ever | 159 10 bad | 228 7 chronic |
| 22 48 problem | 91 17 hear | 160 10 change | 229 7 clot |
| 23 45 think | 92 17 month | 161 10 cigarette | 230 7 come |
| 24 43 per | 93 17 notice | 162 10 food | 231 7 correct |
| 25 42 normal | 94 17 really | 163 10 glycaemia | 232 7 cranial |
| 26 42 see | 95 16 brain | 164 10 medication | 233 7 didn |
| 27 40 little | 96 16 found | 165 10 mg | 234 7 fact |
| 28 40 maybe | 97 16 heart | 166 10 sense | 235 7 four |
| 29 37 born | 98 16 hundred | 167 10 sleep | 236 7 frequency |
| 30 37 check | 99 16 much | 168 10 sound | 237 7 glass |
| 31 36 anything | 100 16 pill | 169 10 sure | 238 7 happen |
| 32 36 nothing | 101 16 say | 170 10 tenderness | 239 7 lead |
| 33 36 since | 102 16 today | 171 10 thirty | 240 7 mass |
| 34 36 symptom | 103 15 concerning | 172 10 work | 241 7 mr |
| 35 34 sign | 104 15 cough | 173 9 according | 242 7 probably |
| 36 33 could | 105 15 inspection | 174 9 allergy | 243 7 quite |
| 37 33 high | 106 15 married | 175 9 appetite | 244 7 regarding |
| 38 33 respiratory | 107 15 sorry | 176 9 avoid | 245 7 repeat |
| 39 32 name | 108 15 treat | 177 9 chill | 246 7 said |
| 40 32 pressure | 109 15 weight | 178 9 death | 247 7 seventy |
| 41 31 alright | 110 14 bring | 179 9 drug | 248 7 side |
| 42 31 vital | 111 14 diabetes | 180 9 eye | 249 7 single |
| 43 30 family | 112 14 give | 181 9 kind | 250 7 sport |
| 44 30 many | 113 14 infection | 182 9 level | 251 7 things |
| 45 30 need | 114 14 life | 183 9 lifestyle | 252 7 twenty |
| 46 30 rate | 115 14 remember | 184 9 long | 253 7 two |
| 47 29 question | 116 14 told | 185 9 look | 254 7 use |
| 48 29 something | 117 13 asthma | 186 9 nausea | 255 6 abdomen |
| 49 28 every | 118 13 clinical | 187 9 numbness | 256 6 alzheimer |
| 50 28 make | 119 13 date | 188 9 part | 257 6 breathe |
| 51 27 cause | 120 13 diagnosis | 189 9 relieve | 258 6 c |
| 52 27 pulse | 121 13 diarrhea | 190 9 sugar | 259 6 called |
| 53 27 temperature | 122 13 difficulty | 191 9 sweat | 260 6 corticosteroid |
| 54 27 time | 123 13 eighty | 192 9 tablet | 261 6 depend |
| 55 27 well | 124 13 everything | 193 9 thanks | 262 6 depression |
| 56 26 ask | 125 13 may | 194 9 tingling | 263 6 doctor |
| 57 25 lung | 126 13 order | 195 8 birth | 264 6 feeling |
| 58 25 minute | 127 13 reduce | 196 8 colon | 265 6 great |
| 59 24 gonna | 128 13 result | 197 8 cure | 266 6 heel |
| 60 24 hello | 129 13 system | 198 8 eat | 267 6 history |
| 61 23 better | 130 13 urine | 199 8 fast | 268 6 hospitalized |
| 62 23 bite | 131 12 abnormal | 200 8 full | 269 6 inflammation |
| 63 23 start | 132 12 course | 201 8 hours | 270 6 ll |
| 64 22 fever | 133 12 diet | 202 8 hurt | 271 6 lose |
| 65 22 got | 134 12 example | 203 8 idea | 272 6 mind |
| 66 22 thank | 135 12 father | 204 8 information | 273 6 minutes |

ANNEXE 19

Wordlists des productions orales des trois programmes (WL Prod Orale)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|----------------|-----|---|------------------|-----|---|----------------|-----|---|--------------|
| 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 |

Volume II
AnnexesI

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---------------|-----|---|--------------|-----|---|----------------|-----|---|----------------|
| 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 | chemiotherapy |
| 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 | circonscribe |
| 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 | intravenel | 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 |

ANNEXE 19

Wordlists des productions orales des trois programmes (WL Prod Orale)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-------------------|------|---|----------------|------|---|-----------------|------|---|-------------|
| 858 | 1 | elder | 931 | 1 | hesitation | 1004 | 1 | natural | 1077 | 1 | recall |
| 859 | 1 | elderly | 932 | 1 | hospitalised | 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 | examine | 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 |

Volume II
Annexes1

| | | | | | | | | | | | |
|------|---|------------|------|---|--------------|------|---|------------|------|---|----------|
| 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 | 58 3 little | 118 3 time | 178 2 hospital |
| #Lemma Tokens: 931 | 59 3 look | 119 3 today | 179 2 husband |
| #Search Hits: 0 | 60 3 m | 120 3 token | 180 2 inspect |
| 1 6 lemma | 61 3 many | 121 3 transmitted | 181 2 intercourse |
| 2 5 type | 62 3 mass | 122 3 treatment | 182 2 job |
| 3 3 abdomen | 63 3 may | 123 3 tumor | 183 2 less |
| 4 3 address | 64 3 maybe | 124 3 twenty | 184 2 let |
| 5 3 anything | 65 3 menstruation | 125 3 unremarkable | 185 2 lining |
| 6 3 ask | 66 3 minute | 126 3 ve | 186 2 listen |
| 7 3 beat | 67 3 mrs | 127 3 vital | 187 2 ll |
| 8 3 biopsy | 68 3 name | 128 3 vomiting | 188 2 loss |
| 9 3 bite | 69 3 normal | 129 3 week | 189 2 lower |
| 10 3 blood | 70 3 nothing | 130 3 weight | 190 2 make |
| 11 3 bring | 71 3 often | 131 3 well | 191 2 mean |
| 12 3 called | 72 3 ok | 132 3 work | 192 2 means |
| 13 3 camera | 73 3 one | 133 2 afraid | 193 2 miscarriage |
| 14 3 cancer | 74 3 pain | 134 2 ago | 194 2 morning |
| 15 3 check | 75 3 palpate | 135 2 agree | 195 2 nausea |
| 16 3 child | 76 3 palpation | 136 2 always | 196 2 nauseous |
| 17 3 clinical | 77 3 part | 137 2 another | 197 2 need |
| 18 3 colon | 78 3 per | 138 2 anyone | 198 2 normally |
| 19 3 colonectomy | 79 3 percussion | 139 2 apart | 199 2 oh |
| 20 3 colonoscopy | 80 3 period | 140 2 auscultation | 200 2 possible |
| 21 3 complementary | 81 3 pill | 141 2 back | 201 2 practice |
| 22 3 contraception | 82 3 please | 142 2 better | 202 2 pregnancy |
| 23 3 d | 83 3 prescribe | 143 2 birth | 203 2 pregnant |
| 24 3 day | 84 3 pressure | 144 2 bleeding | 204 2 probably |
| 25 3 diarrhea | 85 3 problem | 145 2 body | 205 2 procedure |
| 26 3 eat | 86 3 professional | 146 2 bowel | 206 2 prognosis |
| 27 3 eighty | 87 3 pulse | 147 2 breath | 207 2 protection |
| 28 3 else | 88 3 question | 148 2 cause | 208 2 put |
| 29 3 employment | 89 3 rate | 149 2 chemotherapy | 209 2 r |
| 30 3 ever | 90 3 re | 150 2 children | 210 2 rash |
| 31 3 everything | 91 3 regular | 151 2 chill | 211 2 repeat |
| 32 3 exam | 92 3 remove | 152 2 come | 212 2 result |
| 33 3 fatigue | 93 3 respiratory | 153 2 concerning | 213 2 right |
| 34 3 feel | 94 3 said | 154 2 constipation | 214 2 safety |
| 35 3 fever | 95 3 say | 155 2 could | 215 2 sample |
| 36 3 fine | 96 3 search | 156 2 cure | 216 2 seem |
| 37 3 found | 97 3 see | 157 2 date | 217 2 send |
| 38 3 frequency | 98 3 sex | 158 2 disease | 218 2 show |
| 39 3 full | 99 3 sexual | 159 2 doesn | 219 2 social |
| 40 3 gastrointestinal | 100 3 sexually | 160 2 done | 220 2 someone |
| 41 3 general | 101 3 sign | 161 2 examine | 221 2 sometimes |
| 42 3 go | 102 3 since | 162 2 family | 222 2 soon |
| 43 3 gonna | 103 3 sleep | 163 2 feces | 223 2 start |
| 44 3 health | 104 3 something | 164 2 find | 224 2 stomachache |
| 45 3 heart | 105 3 sorry | 165 2 first | 225 2 stool |
| 46 3 hello | 106 3 specific | 166 2 forget | 226 2 suffer |
| 47 3 hit | 107 3 status | 167 2 give | 227 2 swelling |
| 48 3 hundred | 108 3 stomach | 168 2 going | 228 2 tap |
| 49 3 hurt | 109 3 sure | 169 2 good | 229 2 tell |
| 50 3 infection | 110 3 surgery | 170 2 got | 230 2 times |
| 51 3 inside | 111 3 symptom | 171 2 great | 231 2 tingling |
| 52 3 inspection | 112 3 take | 172 2 habit | 232 2 tire |
| 53 3 intestine | 113 3 talk | 173 2 hard | 233 2 told |
| 54 3 kind | 114 3 temperature | 174 2 hear | 234 2 touch |
| 55 3 know | 115 3 tenderness | 175 2 herpes | 235 2 tract |
| 56 3 last | 116 3 thank | 176 2 history | 236 2 treat |
| 57 3 like | 117 3 think | 177 2 home | 237 2 treated |

Volume II
AnnexesI

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---------------|-----|---|-------------|-----|---|-------------|-----|---|--------------|
| 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 | hurttable | 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 |

ANNEXE 20

Wordlists des productions orales triées par cas clinique (WL Prod Orale Cas Cliniq)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---------------|-----|---|----------|-----|---|-------|-----|---|---------|
| 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 | 65 3 numb | 132 2 ago | 199 2 status |
| #Lemma Tokens: 790 | 66 3 numbness | 133 2 appetite | 200 2 steroid |
| #Search Hits: 0 | 67 3 ok | 134 2 ask | 201 2 still |
| 1 6 lemma | 68 3 one | 135 2 bacterium | 202 2 sure |
| 2 4 type | 69 3 order | 136 2 bed | 203 2 tablespoonful |
| 3 3 abnormal | 70 3 pain | 137 2 begin | 204 2 taking |
| 4 3 also | 71 3 palpation | 138 2 birth | 205 2 tap |
| 5 3 american | 72 3 per | 139 2 bite | 206 2 three |
| 6 3 antibiotic | 73 3 percussion | 140 2 breathe | 207 2 tingling |
| 7 3 anything | 74 3 please | 141 2 breathing | 208 2 today |
| 8 3 auscultation | 75 3 pneumonia | 142 2 bruising | 209 2 trigger |
| 9 3 beat | 76 3 prescribe | 143 2 cause | 210 2 wait |
| 10 3 better | 77 3 pressure | 144 2 check | 211 2 week |
| 11 3 blood | 78 3 problem | 145 2 clinical | 212 2 well |
| 12 3 born | 79 3 productive | 146 2 concerning | 213 2 worry |
| 13 3 breath | 80 3 pulse | 147 2 continue | 214 2 worse |
| 14 3 bring | 81 3 question | 148 2 continuous | 215 2 would |
| 15 3 chest | 82 3 quite | 149 2 course | 216 2 wrong |
| 16 3 chill | 83 3 rash | 150 2 cyclic | 217 1 abnormally |
| 17 3 complementary | 84 3 rate | 151 2 date | 218 1 advice |
| 18 3 cough | 85 3 ray | 152 2 describe | 219 1 age |
| 19 3 coughing | 86 3 re | 153 2 didn | 220 1 agree |
| 20 3 crackle | 87 3 reduce | 154 2 difficulty | 221 1 aids |
| 21 3 d | 88 3 relieve | 155 2 drowsy | 222 1 air |
| 22 3 day | 89 3 respiratory | 156 2 exacerbate | 223 1 airway |
| 23 3 disease | 90 3 result | 157 2 fill | 224 1 alleviate |
| 24 3 doctor | 91 3 search | 158 2 full | 225 1 along |
| 25 3 drowsiness | 92 3 security | 159 2 general | 226 1 already |
| 26 3 dry | 93 3 see | 160 2 going | 227 1 alright |
| 27 3 dullness | 94 3 seventy | 161 2 gonna | 228 1 always |
| 28 3 every | 95 3 shortness | 162 2 hundred | 229 1 annoying |
| 29 3 exam | 96 3 sign | 163 2 hurt | 230 1 anorexia |
| 30 3 family | 97 3 since | 164 2 identity | 231 1 another |
| 31 3 fatigue | 98 3 sleep | 165 2 inspect | 232 1 anti |
| 32 3 feel | 99 3 social | 166 2 kind | 233 1 appeared |
| 33 3 fever | 100 3 sorry | 167 2 know | 234 1 arm |
| 34 3 first | 101 3 sputum | 168 2 listen | 235 1 associated |
| 35 3 found | 102 3 suppress | 169 2 little | 236 1 auscultate |
| 36 3 four | 103 3 sweat | 170 2 loss | 237 1 avoid |
| 37 3 get | 104 3 swelling | 171 2 lot | 238 1 back |
| 38 3 give | 105 3 symptom | 172 2 malaise | 239 1 bacteria |
| 39 3 go | 106 3 syrup | 173 2 marital | 240 1 bad |
| 40 3 good | 107 3 system | 174 2 may | 241 1 best |
| 41 3 hear | 108 3 tablet | 175 2 maybe | 242 1 beware |
| 42 3 heartburn | 109 3 take | 176 2 mr | 243 1 bleed |
| 43 3 hello | 110 3 tell | 177 2 muscle | 244 1 bleeding |
| 44 3 high | 111 3 temperature | 178 2 needed | 245 1 body |
| 45 3 hit | 112 3 thank | 179 2 non | 246 1 breathless |
| 46 3 hours | 113 3 think | 180 2 normally | 247 1 build |
| 47 3 inspection | 114 3 thirty | 181 2 notice | 248 1 c |
| 48 3 kin | 115 3 time | 182 2 old | 249 1 called |
| 49 3 like | 116 3 times | 183 2 perform | 250 1 calm |
| 50 3 lung | 117 3 tire | 184 2 position | 251 1 careful |
| 51 3 m | 118 3 token | 185 2 practitioner | 252 1 carefully |
| 52 3 make | 119 3 treat | 186 2 really | 253 1 causing |
| 53 3 married | 120 3 treatment | 187 2 recently | 254 1 cebrunska |
| 54 3 medication | 121 3 vital | 188 2 relieving | 255 1 children |
| 55 3 minute | 122 3 vomiting | 189 2 request | 256 1 clearly |
| 56 3 month | 123 3 want | 190 2 right | 257 1 color |
| 57 3 myalgia | 124 3 weak | 191 2 say | 258 1 comfortable |
| 58 3 name | 125 3 weakness | 192 2 severe | 259 1 complaint |
| 59 3 nausea | 126 3 weeks | 193 2 short | 260 1 complete |
| 60 3 need | 127 3 weight | 194 2 single | 261 1 complication |
| 61 3 next | 128 3 x | 195 2 sleeping | 262 1 concern |
| 62 3 normal | 129 3 yes | 196 2 something | 263 1 conformable |
| 63 3 nothing | 130 2 abnormality | 197 2 sound | 264 1 constant |
| 64 3 nsaid | 131 2 according | 198 2 spell | 265 1 constrictive |

ANNEXE 20

Wordlists des productions orales triées par cas clinique (WL Prod Orale Cas Cliniq)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---------------|-----|---|--------------|-----|---|--------------|-----|---|---------------|
| 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 |

Volume II
AnnexesI

Cas Clinique 3

| | | | |
|---------------------|------------------------|--------------------|---------------------|
| #Lemma Types: 442 | 68 3 respiratory | 138 2 heartburn | 208 1 acid |
| #Lemma Tokens: 746 | 69 3 search | 139 2 help | 209 1 activity |
| #Search Hits: 0 | 70 3 see | 140 2 hundred | 210 1 affect |
| 1 6 lemma | 71 3 sign | 141 2 infection | 211 1 afternoon |
| 2 6 type | 72 3 sound | 142 2 inflammation | 212 1 ago |
| 3 3 allergy | 73 3 specific | 143 2 insect | 213 1 agree |
| 4 3 aspirin | 74 3 sweat | 144 2 intolerance | 214 1 ah |
| 5 3 auscultation | 75 3 symptom | 145 2 intolerant | 215 1 allow |
| 6 3 birth | 76 3 take | 146 2 last | 216 1 along |
| 7 3 blood | 77 3 temperature | 147 2 lead | 217 1 already |
| 8 3 bowel | 78 3 tenderness | 148 2 let | 218 1 also |
| 9 3 bring | 79 3 test | 149 2 lie | 219 1 another |
| 10 3 cancer | 80 3 think | 150 2 like | 220 1 anymore |
| 11 3 chill | 81 3 times | 151 2 little | 221 1 appetite |
| 12 3 corticosteroid | 82 3 tire | 152 2 lose | 222 1 auscult |
| 13 3 crohn | 83 3 token | 153 2 loss | 223 1 bacteria |
| 14 3 d | 84 3 treat | 154 2 lost | 224 1 bad |
| 15 3 day | 85 3 treatment | 155 2 may | 225 1 base |
| 16 3 diabetes | 86 3 twenty | 156 2 maybe | 226 1 bathroom |
| 17 3 diarrhea | 87 3 vital | 157 2 medication | 227 1 beat |
| 18 3 diet | 88 3 vomiting | 158 2 minute | 228 1 believe |
| 19 3 disease | 89 3 want | 159 2 mother | 229 1 besides |
| 20 3 distension | 90 3 weak | 160 2 mouth | 230 1 big |
| 21 3 eat | 91 3 weight | 161 2 need | 231 1 bite |
| 22 3 eighty | 92 3 yes | 162 2 often | 232 1 black |
| 23 3 everything | 93 2 abdomen | 163 2 order | 233 1 bp |
| 24 3 family | 94 2 abnormal | 164 2 overall | 234 1 bpm |
| 25 3 feces | 95 2 age | 165 2 palpate | 235 1 breath |
| 26 3 feel | 96 2 alive | 166 2 palpation | 236 1 c |
| 27 3 fever | 97 2 allergic | 167 2 perfect | 237 1 checking |
| 28 3 first | 98 2 alright | 168 2 please | 238 1 chronical |
| 29 3 food | 99 2 anything | 169 2 pollen | 239 1 clinical |
| 30 3 frequency | 100 2 ask | 170 2 pretty | 240 1 colectomy |
| 31 3 give | 101 2 asthma | 171 2 question | 241 1 colour |
| 32 3 gluten | 102 2 avoid | 172 2 quite | 242 1 come |
| 33 3 guarding | 103 2 belly | 173 2 rash | 243 1 complementary |
| 34 3 hear | 104 2 born | 174 2 result | 244 1 condition |
| 35 3 hello | 105 2 bowels | 175 2 right | 245 1 consciousness |
| 36 3 high | 106 2 cause | 176 2 roll | 246 1 consist |
| 37 3 history | 107 2 check | 177 2 runs | 247 1 consistence |
| 38 3 hit | 108 2 chronic | 178 2 say | 248 1 constipated |
| 39 3 inspect | 109 2 cold | 179 2 sick | 249 1 constipation |
| 40 3 inspection | 110 2 confirm | 180 2 since | 250 1 contact |
| 41 3 kind | 111 2 control | 181 2 sleep | 251 1 contagious |
| 42 3 know | 112 2 couch | 182 2 sleeve | 252 1 cope |
| 43 3 lactose | 113 2 curable | 183 2 something | 253 1 could |
| 44 3 ll | 114 2 date | 184 2 sometimes | 254 1 course |
| 45 3 m | 115 2 diagnosis | 185 2 special | 255 1 cure |
| 46 3 many | 116 2 distend | 186 2 still | 256 1 current |
| 47 3 month | 117 2 distention | 187 2 stinging | 257 1 cut |
| 48 3 name | 118 2 drowsy | 188 2 stomach | 258 1 dark |
| 49 3 nausea | 119 2 eating | 189 2 sure | 259 1 deal |
| 50 3 normal | 120 2 ever | 190 2 surgery | 260 1 demongeot |
| 51 3 nothing | 121 2 every | 191 2 talk | 261 1 depend |
| 52 3 ok | 122 2 exam | 192 2 tell | 262 1 detail |
| 53 3 old | 123 2 examine | 193 2 ten | 263 1 detect |
| 54 3 one | 124 2 excuse | 194 2 thank | 264 1 detected |
| 55 3 per | 125 2 father | 195 2 today | 265 1 diagnose |
| 56 3 percussion | 126 2 female | 196 2 toilet | 266 1 diagnosed |
| 57 3 pill | 127 2 forget | 197 2 touch | 267 1 diarrheas |
| 58 3 prednisone | 128 2 found | 198 2 transit | 268 1 die |
| 59 3 prescribe | 129 2 gastrointestinal | 199 2 twice | 269 1 difference |
| 60 3 pressure | 130 2 gave | 200 2 two | 270 1 difficulty |
| 61 3 problem | 131 2 generally | 201 2 vomit | 271 1 digestion |
| 62 3 pulse | 132 2 go | 202 2 weakness | 272 1 distended |
| 63 3 rate | 133 2 going | 203 2 weeks | 273 1 done |
| 64 3 re | 134 2 gonna | 204 2 well | 274 1 due |
| 65 3 reaction | 135 2 good | 205 2 worry | 275 1 dullness |
| 66 3 regarding | 136 2 got | 206 2 wrist | 276 1 easy |
| 67 3 relieve | 137 2 hbp | 207 1 abdominal | 277 1 else |

ANNEXE 20

Wordlists des productions orales triées par cas clinique (WL Prod Orale Cas Cliniq)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|-----|---|-------------|-----|---|--------------|-----|---|---------------|
| 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 | pelletingear | 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 | | | |

Volume II
AnnexesI

Cas Clinique 4

| | | | | | | |
|--------------------|-------|----------------|-------|---------------|-------|---------------|
| #Lemma Types: 400 | 69 3 | seventy | 140 2 | need | 211 1 | clear |
| #Lemma Tokens: 680 | 70 3 | sign | 141 2 | never | 212 1 | clothe |
| #Search Hits: 0 | 71 3 | since | 142 2 | nothing | 213 1 | complementary |
| 1 6 | 72 3 | smoke | 143 2 | occur | 214 1 | considerate |
| 2 6 | 73 3 | smoking | 144 2 | patch | 215 1 | considering |
| 3 3 | 74 3 | specific | 145 2 | perfect | 216 1 | constrictive |
| 4 3 | 75 3 | sport | 146 2 | physical | 217 1 | consumption |
| 5 3 | 76 3 | spray | 147 2 | position | 218 1 | continue |
| 6 3 | 77 3 | start | 148 2 | prescribe | 219 1 | cope |
| 7 3 | 78 3 | stop | 149 2 | prevent | 220 1 | correct |
| 8 3 | 79 3 | take | 150 2 | product | 221 1 | couldn |
| 9 3 | 80 3 | teacher | 151 2 | protective | 222 1 | course |
| 10 3 | 81 3 | temperature | 152 2 | question | 223 1 | dangerous |
| 11 3 | 82 3 | think | 153 2 | radiate | 224 1 | depend |
| 12 3 | 83 3 | thirty | 154 2 | really | 225 1 | describe |
| 13 3 | 84 3 | time | 155 2 | reduce | 226 1 | diagnosed |
| 14 3 | 85 3 | token | 156 2 | regarding | 227 1 | diagnosis |
| 15 3 | 86 3 | treatment | 157 2 | roll | 228 1 | die |
| 16 3 | 87 3 | ventolin | 158 2 | say | 229 1 | different |
| 17 3 | 88 3 | vital | 159 2 | see | 230 1 | dot |
| 18 3 | 89 3 | wear | 160 2 | september | 231 1 | drug |
| 19 3 | 90 3 | weight | 161 2 | sleeve | 232 1 | due |
| 20 3 | 91 3 | well | 162 2 | slow | 233 1 | dust |
| 21 3 | 92 3 | yes | 163 2 | still | 234 1 | effort |
| 22 3 | 93 2 | abnormal | 164 2 | stopping | 235 1 | employed |
| 23 3 | 94 2 | activity | 165 2 | substance | 236 1 | environmental |
| 24 3 | 95 2 | alright | 166 2 | symptom | 237 1 | episode |
| 25 3 | 96 2 | another | 167 2 | system | 238 1 | even |
| 26 3 | 97 2 | bad | 168 2 | tell | 239 1 | everywhere |
| 27 3 | 98 2 | begin | 169 2 | third | 240 1 | exacerbate |
| 28 3 | 99 2 | birth | 170 2 | times | 241 1 | exam |
| 29 3 | 100 2 | breathing | 171 2 | tire | 242 1 | example |
| 30 3 | 101 2 | bring | 172 2 | today | 243 1 | excessive |
| 31 3 | 102 2 | cardiovascular | 173 2 | toxic | 244 1 | exercise |
| 32 3 | 103 2 | case | 174 2 | varicella | 245 1 | expose |
| 33 3 | 104 2 | chest | 175 2 | ve | 246 1 | fact |
| 34 3 | 105 2 | cigarette | 176 2 | want | 247 1 | fall |
| 35 3 | 106 2 | come | 177 2 | whooping | 248 1 | fast |
| 36 3 | 107 2 | cough | 178 2 | winter | 249 1 | feeling |
| 37 3 | 108 2 | crisis | 179 2 | working | 250 1 | fever |
| 38 3 | 109 2 | cure | 180 2 | would | 251 1 | fifty |
| 39 3 | 110 2 | date | 181 2 | yeah | 252 1 | finish |
| 40 3 | 111 2 | didn | 182 2 | yesterday | 253 1 | forget |
| 41 3 | 112 2 | difficulty | 183 1 | according | 254 1 | frequent |
| 42 3 | 113 2 | dr | 184 1 | acute | 255 1 | frightening |
| 43 3 | 114 2 | duty | 185 1 | addiction | 256 1 | full |
| 44 3 | 115 2 | else | 186 1 | advise | 257 1 | genetic |
| 45 3 | 116 2 | ever | 187 1 | age | 258 1 | germany |
| 46 3 | 117 2 | everyday | 188 1 | ago | 259 1 | get |
| 47 3 | 118 2 | everything | 189 1 | already | 260 1 | god |
| 48 3 | 119 2 | factor | 190 1 | also | 261 1 | gonna |
| 49 3 | 120 2 | fatigue | 191 1 | amount | 262 1 | guess |
| 50 3 | 121 2 | felt | 192 1 | anymore | 263 1 | habitat |
| 51 3 | 122 2 | german | 193 1 | appear | 264 1 | hair |
| 52 3 | 123 2 | give | 194 1 | apply | 265 1 | hight |
| 53 3 | 124 2 | got | 195 1 | around | 266 1 | history |
| 54 3 | 125 2 | great | 196 1 | ask | 267 1 | home |
| 55 3 | 126 2 | health | 197 1 | ay | 268 1 | hour |
| 56 3 | 127 2 | help | 198 1 | back | 269 1 | hours |
| 57 3 | 128 2 | ill | 199 1 | beginning | 270 1 | hundred |
| 58 3 | 129 2 | life | 200 1 | bet | 271 1 | hurt |
| 59 3 | 130 2 | ll | 201 1 | beta | 272 1 | improve |
| 60 3 | 131 2 | long | 202 1 | bpm | 273 1 | information |
| 61 3 | 132 2 | lose | 203 1 | bronchiolitis | 274 1 | jaundice |
| 62 3 | 133 2 | lost | 204 1 | bronchus | 275 1 | kids |
| 63 3 | 134 2 | lung | 205 1 | bus | 276 1 | kill |
| 64 3 | 135 2 | make | 206 1 | calm | 277 1 | kilometre |
| 65 3 | 136 2 | male | 207 1 | carry | 278 1 | lead |
| 66 3 | 137 2 | might | 208 1 | cause | 279 1 | less |
| 67 3 | 138 2 | much | 209 1 | chanut | 280 1 | let |
| 68 3 | 139 2 | mump | 210 1 | child | 281 1 | living |

ANNEXE 20

Wordlists des productions orales triées par cas clinique (WL Prod Orale Cas Cliniq)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|------------|-----|---|-------------|-----|---|-------------|-----|---|-------------|
| 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 | 68 | 3 | pulse | 138 | 2 | long | 208 | 1 | arms |
| #Lemma Tokens: 743 | 69 | 3 | question | 139 | 2 | lose | 209 | 1 | attack |
| #Search Hits: 0 | 70 | 3 | rate | 140 | 2 | loss | 210 | 1 | auscult |
| 1 6 lemma | 71 | 3 | really | 141 | 2 | lost | 211 | 1 | avoid |
| 2 5 type | 72 | 3 | respiratory | 142 | 2 | lot | 212 | 1 | away |
| 3 3 activity | 73 | 3 | search | 143 | 2 | make | 213 | 1 | back |
| 4 3 alcohol | 74 | 3 | sign | 144 | 2 | maybe | 214 | 1 | background |
| 5 3 also | 75 | 3 | since | 145 | 2 | means | 215 | 1 | bad |
| 6 3 american | 76 | 3 | smoke | 146 | 2 | measles | 216 | 1 | balanced |
| 7 3 beat | 77 | 3 | something | 147 | 2 | medical | 217 | 1 | beating |
| 8 3 blood | 78 | 3 | specific | 148 | 2 | mind | 218 | 1 | bed |
| 9 3 born | 79 | 3 | sport | 149 | 2 | mr | 219 | 1 | begin |
| 10 3 bring | 80 | 3 | statins | 150 | 2 | much | 220 | 1 | bleed |
| 11 3 cardiovascular | 81 | 3 | tablet | 151 | 2 | mump | 221 | 1 | bleeding |
| 12 3 check | 82 | 3 | tachycardia | 152 | 2 | name | 222 | 1 | boston |
| 13 3 cigarette | 83 | 3 | take | 153 | 2 | nausea | 223 | 1 | bp |
| 14 3 clinical | 84 | 3 | temperature | 154 | 2 | need | 224 | 1 | bruits |
| 15 3 consciousness | 85 | 3 | think | 155 | 2 | never | 225 | 1 | bye |
| 16 3 d | 86 | 3 | today | 156 | 2 | notice | 226 | 1 | car |
| 17 3 date | 87 | 3 | token | 157 | 2 | numbness | 227 | 1 | cardiac |
| 18 3 day | 88 | 3 | treatment | 158 | 2 | often | 228 | 1 | case |
| 19 3 diet | 89 | 3 | vegetable | 159 | 2 | palpation | 229 | 1 | changement |
| 20 3 disease | 90 | 3 | vital | 160 | 2 | particular | 230 | 1 | chaudron |
| 21 3 donor | 91 | 3 | walk | 161 | 2 | past | 231 | 1 | checking |
| 22 3 drink | 92 | 3 | weight | 162 | 2 | point | 232 | 1 | chickenpox |
| 23 3 dtp | 93 | 3 | yes | 163 | 2 | practice | 233 | 1 | childhood |
| 24 3 eat | 94 | 2 | abnormal | 164 | 2 | re | 234 | 1 | chill |
| 25 3 ever | 95 | 2 | another | 165 | 2 | regarding | 235 | 1 | cholesterol |
| 26 3 every | 96 | 2 | anything | 166 | 2 | regular | 236 | 1 | chronic |
| 27 3 exam | 97 | 2 | appetite | 167 | 2 | remember | 237 | 1 | climbing |
| 28 3 examine | 98 | 2 | artery | 168 | 2 | rubella | 238 | 1 | come |
| 29 3 example | 99 | 2 | ask | 169 | 2 | said | 239 | 1 | complaint |
| 30 3 fast | 100 | 2 | auscultation | 170 | 2 | salt | 240 | 1 | complete |
| 31 3 fatty | 101 | 2 | better | 171 | 2 | say | 241 | 1 | constant |
| 32 3 first | 102 | 2 | birth | 172 | 2 | see | 242 | 1 | continue |
| 33 3 food | 103 | 2 | bite | 173 | 2 | serious | 243 | 1 | control |
| 34 3 glass | 104 | 2 | breath | 174 | 2 | sorry | 244 | 1 | cook |
| 35 3 going | 105 | 2 | careful | 175 | 2 | special | 245 | 1 | correct |
| 36 3 good | 106 | 2 | cause | 176 | 2 | start | 246 | 1 | couch |
| 37 3 group | 107 | 2 | change | 177 | 2 | still | 247 | 1 | course |
| 38 3 health | 108 | 2 | chest | 178 | 2 | stop | 248 | 1 | crisofoli |
| 39 3 hear | 109 | 2 | complication | 179 | 2 | strange | 249 | 1 | curable |
| 40 3 heart | 110 | 2 | concerning | 180 | 2 | stroke | 250 | 1 | cure |
| 41 3 hello | 111 | 2 | consultation | 181 | 2 | suffer | 251 | 1 | cut |
| 42 3 help | 112 | 2 | could | 182 | 2 | sugar | 252 | 1 | cycling |
| 43 3 high | 113 | 2 | eighty | 183 | 2 | symptom | 253 | 1 | daily |
| 44 3 hit | 114 | 2 | else | 184 | 2 | thank | 254 | 1 | damage |
| 45 3 important | 115 | 2 | everything | 185 | 2 | time | 255 | 1 | damay |
| 46 3 know | 116 | 2 | fact | 186 | 2 | tingling | 256 | 1 | decrease |
| 47 3 let | 117 | 2 | fainted | 187 | 2 | tobacco | 257 | 1 | detail |
| 48 3 like | 118 | 2 | feel | 188 | 2 | trigger | 258 | 1 | didn |
| 49 3 little | 119 | 2 | fever | 189 | 2 | vaccine | 259 | 1 | dietary |
| 50 3 m | 120 | 2 | forget | 190 | 2 | varicella | 260 | 1 | dietician |
| 51 3 many | 121 | 2 | fruit | 191 | 2 | vomiting | 261 | 1 | different |
| 52 3 mean | 122 | 2 | go | 192 | 2 | walking | 262 | 1 | difficult |
| 53 3 minute | 123 | 2 | habit | 193 | 2 | want | 263 | 1 | diphtheria |
| 54 3 ninety | 124 | 2 | heartburn | 194 | 2 | would | 264 | 1 | diphtheria |
| 55 3 normal | 125 | 2 | history | 195 | 1 | according | 265 | 1 | doesn |
| 56 3 nothing | 126 | 2 | home | 196 | 1 | act | 266 | 1 | done |
| 57 3 ok | 127 | 2 | hour | 197 | 1 | adapt | 267 | 1 | dot |
| 58 3 old | 128 | 2 | hundred | 198 | 1 | add | 268 | 1 | dr |
| 59 3 one | 129 | 2 | immunization | 199 | 1 | advice | 269 | 1 | dress |
| 60 3 organ | 130 | 2 | inspection | 200 | 1 | ah | 270 | 1 | drowsiness |
| 61 3 per | 131 | 2 | kidney | 201 | 1 | allergy | 271 | 1 | elevator |
| 62 3 percussion | 132 | 2 | lead | 202 | 1 | almost | 272 | 1 | end |
| 63 3 physical | 133 | 2 | less | 203 | 1 | alone | 273 | 1 | ennouari |
| 64 3 please | 134 | 2 | life | 204 | 1 | along | 274 | 1 | etc |
| 65 3 prescribe | 135 | 2 | lifestyle | 205 | 1 | already | 275 | 1 | even |
| 66 3 pressure | 136 | 2 | linked | 206 | 1 | amount | 276 | 1 | event |
| 67 3 problem | 137 | 2 | ll | 207 | 1 | answered | 277 | 1 | events |

ANNEXE 20

Wordlists des productions orales triées par cas clinique (WL Prod Orale Cas Cliniq)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---------------|-----|---|--------------|-----|---|-------------|-----|---|-------------|
| 278 | 1 | everyday | 322 | 1 | intrusive | 366 | 1 | practise | 410 | 1 | tetanus |
| 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 | 68 3 search | 138 2 moment | 208 1 change |
| #Lemma Tokens: 682 | 69 3 see | 139 2 name | 209 1 checked |
| #Search Hits: 0 | 70 3 sexual | 140 2 nausea | 210 1 childhood |
| 1 6 lemma | 71 3 sign | 141 2 need | 211 1 chill |
| 2 5 type | 72 3 since | 142 2 nervous | 212 1 chronic |
| 3 3 age | 73 3 specific | 143 2 never | 213 1 complexion |
| 4 3 alcohol | 74 3 swing | 144 2 often | 214 1 complicate |
| 5 3 anxiety | 75 3 symptom | 145 2 palpate | 215 1 concerning |
| 6 3 anxious | 76 3 tachycardia | 146 2 part | 216 1 condom |
| 7 3 anything | 77 3 take | 147 2 past | 217 1 consciousness |
| 8 3 appetite | 78 3 temperature | 148 2 percussion | 218 1 consultation |
| 9 3 asthma | 79 3 think | 149 2 physical | 219 1 consume |
| 10 3 beat | 80 3 times | 150 2 please | 220 1 continue |
| 11 3 blood | 81 3 token | 151 2 pregnant | 221 1 corticoids |
| 12 3 born | 82 3 transmitted | 152 2 pretty | 222 1 dangerous |
| 13 3 breath | 83 3 treatment | 153 2 previous | 223 1 deliver |
| 14 3 bring | 84 3 twenty | 154 2 question | 224 1 depend |
| 15 3 children | 85 3 vital | 155 2 quit | 225 1 detail |
| 16 3 contraception | 86 3 week | 156 2 re | 226 1 done |
| 17 3 d | 87 3 weight | 157 2 regarding | 227 1 dr |
| 18 3 date | 88 3 yes | 158 2 regular | 228 1 drinking |
| 19 3 delivery | 89 2 advise | 159 2 right | 229 1 drive |
| 20 3 depress | 90 2 ago | 160 2 said | 230 1 drowsy |
| 21 3 depression | 91 2 ah | 161 2 say | 231 1 easy |
| 22 3 diagnosis | 92 2 along | 162 2 sex | 232 1 end |
| 23 3 disease | 93 2 also | 163 2 sexually | 233 1 euvrard |
| 24 3 drink | 94 2 anger | 164 2 shirt | 234 1 even |
| 25 3 drug | 95 2 angry | 165 2 smoke | 235 1 exact |
| 26 3 else | 96 2 ask | 166 2 something | 236 1 examining |
| 27 3 ever | 97 2 auscultation | 167 2 sorry | 237 1 examine |
| 28 3 every | 98 2 baby | 168 2 sport | 238 1 explain |
| 29 3 feel | 99 2 bad | 169 2 start | 239 1 fadayat |
| 30 3 give | 100 2 better | 170 2 suffer | 240 1 family |
| 31 3 going | 101 2 bite | 171 2 suffering | 241 1 far |
| 32 3 health | 102 2 breastfeed | 172 2 sure | 242 1 father |
| 33 3 hit | 103 2 c | 173 2 system | 243 1 feeling |
| 34 3 hospitalized | 104 2 cardiovascular | 174 2 tap | 244 1 felt |
| 35 3 hundred | 105 2 central | 175 2 thank | 245 1 fermely |
| 36 3 infection | 106 2 check | 176 2 time | 246 1 feverish |
| 37 3 last | 107 2 child | 177 2 today | 247 1 find |
| 38 3 like | 108 2 come | 178 2 treated | 248 1 forget |
| 39 3 long | 109 2 could | 179 2 two | 249 1 found |
| 40 3 lose | 110 2 course | 180 2 urinary | 250 1 four |
| 41 3 loss | 111 2 day | 181 2 use | 251 1 frighten |
| 42 3 m | 112 2 didn | 182 2 ve | 252 1 full |
| 43 3 maybe | 113 2 eat | 183 2 want | 253 1 garbuio |
| 44 3 menstruation | 114 2 everything | 184 2 way | 254 1 gastro |
| 45 3 minute | 115 2 examination | 185 2 well | 255 1 general |
| 46 3 month | 116 2 example | 186 2 would | 256 1 genital |
| 47 3 mood | 117 2 fatigue | 187 1 abdomen | 257 1 genitourinary |
| 48 3 much | 118 2 feed | 188 1 abnormal | 258 1 get |
| 49 3 nauseous | 119 2 fever | 189 1 abortion | 259 1 glass |
| 50 3 ninety | 120 2 final | 190 1 active | 260 1 go |
| 51 3 normal | 121 2 first | 191 1 activity | 261 1 gonna |
| 52 3 nothing | 122 2 friend | 192 1 actually | 262 1 got |
| 53 3 ok | 123 2 gain | 193 1 alexandre | 263 1 guaragna |
| 54 3 one | 124 2 gastrointestinal | 194 1 always | 264 1 haven |
| 55 3 pale | 125 2 good | 195 1 another | 265 1 heal |
| 56 3 partum | 126 2 heart | 196 1 answer | 266 1 heterosexual |
| 57 3 per | 127 2 hello | 197 1 antidepressant | 267 1 history |
| 58 3 period | 128 2 help | 198 1 asking | 268 1 home |
| 59 3 post | 129 2 inspect | 199 1 attack | 269 1 hormone |
| 60 3 pregnancy | 130 2 inspection | 200 1 back | 270 1 hospital |
| 61 3 pressure | 131 2 know | 201 1 best | 271 1 hospitalization |
| 62 3 problem | 132 2 listen | 202 1 birth | 272 1 hungry |
| 63 3 pulse | 133 2 little | 203 1 body | 273 1 identity |
| 64 3 rate | 134 2 lot | 204 1 bother | 274 1 ill |
| 65 3 remember | 135 2 lung | 205 1 breast | 275 1 illness |
| 66 3 respiratory | 136 2 many | 206 1 call | 276 1 impact |
| 67 3 rest | 137 2 mind | 207 1 cause | 277 1 important |

ANNEXE 20

Wordlists des productions orales triées par cas clinique (WL Prod Orale Cas Cliniq)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-------------|-----|---|--------------|-----|---|-----------|-----|---|------------|
| 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 | 68 | 3 | town | 138 | 2 | right | 208 | 1 | desk |
| #Lemma Tokens: 617 | 69 | 3 | treatment | 139 | 2 | say | 209 | 1 | develop |
| #Search Hits: 0 | 70 | 3 | want | 140 | 2 | show | 210 | 1 | development |
| 1 6 lemma | 71 | 3 | year | 141 | 2 | sibling | 211 | 1 | different |
| 2 4 type | 72 | 3 | yes | 142 | 2 | sisters | 212 | 1 | difficulty |
| 3 3 allergy | 73 | 2 | age | 143 | 2 | start | 213 | 1 | dijon |
| 4 3 alzheimer | 74 | 2 | alive | 144 | 2 | still | 214 | 1 | disorder |
| 5 3 ask | 75 | 2 | anger | 145 | 2 | subtract | 215 | 1 | doctor |
| 6 3 born | 76 | 2 | angry | 146 | 2 | symptom | 216 | 1 | door |
| 7 3 check | 77 | 2 | answer | 147 | 2 | table | 217 | 1 | drug |
| 8 3 could | 78 | 2 | anything | 148 | 2 | take | 218 | 1 | due |
| 9 3 country | 79 | 2 | birth | 149 | 2 | thank | 219 | 1 | easy |
| 10 3 d | 80 | 2 | bite | 150 | 2 | unfortunately | 220 | 1 | effect |
| 11 3 date | 81 | 2 | brain | 151 | 2 | wear | 221 | 1 | elder |
| 12 3 department | 82 | 2 | bring | 152 | 2 | word | 222 | 1 | elderly |
| 13 3 didn | 83 | 2 | brothers | 153 | 2 | worry | 223 | 1 | environmental |
| 14 3 disease | 84 | 2 | calculation | 154 | 1 | able | 224 | 1 | ere |
| 15 3 district | 85 | 2 | cancer | 155 | 1 | abnormal | 225 | 1 | even |
| 16 3 else | 86 | 2 | cause | 156 | 1 | according | 226 | 1 | every |
| 17 3 ever | 87 | 2 | change | 157 | 1 | advise | 227 | 1 | everything |
| 18 3 exactly | 88 | 2 | city | 158 | 1 | affect | 228 | 1 | examine |
| 19 3 exam | 89 | 2 | cure | 159 | 1 | afternoon | 229 | 1 | fast |
| 20 3 exposed | 90 | 2 | day | 160 | 1 | ago | 230 | 1 | fatal |
| 21 3 family | 91 | 2 | deal | 161 | 1 | allergic | 231 | 1 | feel |
| 22 3 food | 92 | 2 | death | 162 | 1 | almost | 232 | 1 | feet |
| 23 3 french | 93 | 2 | depress | 163 | 1 | alone | 233 | 1 | fingers |
| 24 3 give | 94 | 2 | diagnosis | 164 | 1 | along | 234 | 1 | firstly |
| 25 3 going | 95 | 2 | die | 165 | 1 | already | 235 | 1 | five |
| 26 3 got | 96 | 2 | difficult | 166 | 1 | also | 236 | 1 | forced |
| 27 3 hello | 97 | 2 | eat | 167 | 1 | anxiety | 237 | 1 | forgetting |
| 28 3 help | 98 | 2 | equipment | 168 | 1 | anxious | 238 | 1 | france |
| 29 3 hit | 99 | 2 | evolution | 169 | 1 | anyone | 239 | 1 | full |
| 30 3 hospital | 100 | 2 | exercise | 170 | 1 | arms | 240 | 1 | function |
| 31 3 hospitalized | 101 | 2 | exposure | 171 | 1 | attack | 241 | 1 | functionality |
| 32 3 ifs | 102 | 2 | father | 172 | 1 | attention | 242 | 1 | gave |
| 33 3 job | 103 | 2 | feeling | 173 | 1 | back | 243 | 1 | generally |
| 34 3 know | 104 | 2 | first | 174 | 1 | bad | 244 | 1 | genetic |
| 35 3 like | 105 | 2 | forget | 175 | 1 | beginning | 245 | 1 | giboulot |
| 36 3 m | 106 | 2 | get | 176 | 1 | better | 246 | 1 | go |
| 37 3 married | 107 | 2 | good | 177 | 1 | big | 247 | 1 | gonna |
| 38 3 maybe | 108 | 2 | headache | 178 | 1 | body | 248 | 1 | goussery |
| 39 3 medication | 109 | 2 | health | 179 | 1 | boy | 249 | 1 | guess |
| 40 3 memory | 110 | 2 | idea | 180 | 1 | brother | 250 | 1 | h |
| 41 3 month | 111 | 2 | kind | 181 | 1 | building | 251 | 1 | hands |
| 42 3 name | 112 | 2 | later | 182 | 1 | calculus | 252 | 1 | happen |
| 43 3 need | 113 | 2 | life | 183 | 1 | capacity | 253 | 1 | headaches |
| 44 3 neurological | 114 | 2 | little | 184 | 1 | cardiovascular | 254 | 1 | history |
| 45 3 object | 115 | 2 | live | 185 | 1 | care | 255 | 1 | home |
| 46 3 ok | 116 | 2 | living | 186 | 1 | caregiver | 256 | 1 | hospitalised |
| 47 3 please | 117 | 2 | low | 187 | 1 | case | 257 | 1 | hour |
| 48 3 question | 118 | 2 | migraine | 188 | 1 | catch | 258 | 1 | house |
| 49 3 re | 119 | 2 | moment | 189 | 1 | chair | 259 | 1 | identity |
| 50 3 really | 120 | 2 | mood | 190 | 1 | changing | 260 | 1 | illness |
| 51 3 remember | 121 | 2 | mother | 191 | 1 | charge | 261 | 1 | imagery |
| 52 3 repeat | 122 | 2 | news | 192 | 1 | chemical | 262 | 1 | impairment |
| 53 3 search | 123 | 2 | numbness | 193 | 1 | chronic | 263 | 1 | important |
| 54 3 season | 124 | 2 | occupation | 194 | 1 | cognitive | 264 | 1 | improve |
| 55 3 something | 125 | 2 | office | 195 | 1 | come | 265 | 1 | increase |
| 56 3 sorry | 126 | 2 | peanut | 196 | 1 | common | 266 | 1 | keep |
| 57 3 stop | 127 | 2 | pen | 197 | 1 | conclude | 267 | 1 | kill |
| 58 3 substance | 128 | 2 | people | 198 | 1 | constantly | 268 | 1 | learn |
| 59 3 subtract | 129 | 2 | perfect | 199 | 1 | consultation | 269 | 1 | let |
| 60 3 sure | 130 | 2 | phone | 200 | 1 | cva | 270 | 1 | level |
| 61 3 tell | 131 | 2 | place | 201 | 1 | damage | 271 | 1 | ll |
| 62 3 think | 132 | 2 | post | 202 | 1 | daughter | 272 | 1 | long |
| 63 3 time | 133 | 2 | prescribe | 203 | 1 | dead | 273 | 1 | lose |
| 64 3 tingling | 134 | 2 | pretty | 204 | 1 | december | 274 | 1 | loss |
| 65 3 today | 135 | 2 | problem | 205 | 1 | degenerescence | 275 | 1 | lot |
| 66 3 token | 136 | 2 | recall | 206 | 1 | depend | 276 | 1 | main |
| 67 3 told | 137 | 2 | retired | 207 | 1 | depression | 277 | 1 | make |

ANNEXE 20

Wordlists des productions orales triées par cas clinique (WL Prod Orale Cas Cliniq)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|----------------|-----|---|--------------|-----|---|--------------|-----|---|------------|
| 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 | 68 3 | percussion | 138 2 | gluten | 208 1 | agreement |
| #Lemma Tokens: 780 | 69 3 | play | 139 2 | going | 209 1 | ah |
| #Search Hits: 0 | 70 3 | please | 140 2 | got | 210 1 | alimentation |
| 1 6 | 71 3 | prescribe | 141 2 | hear | 211 1 | allergy |
| 2 6 | 72 3 | pressure | 142 2 | heart | 212 1 | along |
| 3 3 | 73 3 | pulse | 143 2 | help | 213 1 | always |
| 4 3 | 74 3 | question | 144 2 | high | 214 1 | among |
| 5 3 | 75 3 | rate | 145 2 | important | 215 1 | amount |
| 6 3 | 76 3 | re | 146 2 | inject | 216 1 | anorexia |
| 7 3 | 77 3 | regarding | 147 2 | italian | 217 1 | anymore |
| 8 3 | 78 3 | respiratory | 148 2 | know | 218 1 | anyone |
| 9 3 | 79 3 | result | 149 2 | lack | 219 1 | appetite |
| 10 3 | 80 3 | sample | 150 2 | level | 220 1 | arm |
| 11 3 | 81 3 | search | 151 2 | live | 221 1 | auscult |
| 12 3 | 82 3 | see | 152 2 | lot | 222 1 | available |
| 13 3 | 83 3 | sign | 153 2 | lung | 223 1 | bad |
| 14 3 | 84 3 | single | 154 2 | make | 224 1 | balanced |
| 15 3 | 85 3 | specific | 155 2 | malaise | 225 1 | basketball |
| 16 3 | 86 3 | sport | 156 2 | male | 226 1 | bathroom |
| 17 3 | 87 3 | sugar | 157 2 | many | 227 1 | bed |
| 18 3 | 88 3 | symptom | 158 2 | maybe | 228 1 | beta |
| 19 3 | 89 3 | take | 159 2 | means | 229 1 | better |
| 20 3 | 90 3 | temperature | 160 2 | minute | 230 1 | bleeding |
| 21 3 | 91 3 | ten | 161 2 | mother | 231 1 | bloody |
| 22 3 | 92 3 | tenderness | 162 2 | much | 232 1 | bruising |
| 23 3 | 93 3 | test | 163 2 | name | 233 1 | c |
| 24 3 | 94 3 | think | 164 2 | nationality | 234 1 | call |
| 25 3 | 95 3 | today | 165 2 | notice | 235 1 | called |
| 26 3 | 96 3 | toilet | 166 2 | often | 236 1 | candy |
| 27 3 | 97 3 | token | 167 2 | pain | 237 1 | cardiovascular |
| 28 3 | 98 3 | treatment | 168 2 | pass | 238 1 | careful |
| 29 3 | 99 3 | urgency | 169 2 | practice | 239 1 | carefully |
| 30 3 | 100 3 | urinate | 170 2 | problem | 240 1 | cell |
| 31 3 | 101 3 | urine | 171 2 | protein | 241 1 | change |
| 32 3 | 102 3 | vital | 172 2 | really | 242 1 | chart |
| 33 3 | 103 3 | would | 173 2 | receive | 243 1 | checked |
| 34 3 | 104 3 | yes | 174 2 | recently | 244 1 | checking |
| 35 3 | 105 3 | yesterday | 175 2 | request | 245 1 | chest |
| 36 3 | 106 2 | abdomen | 176 2 | run | 246 1 | children |
| 37 3 | 107 2 | abnormal | 177 2 | runs | 247 1 | chronic |
| 38 3 | 108 2 | age | 178 2 | say | 248 1 | chronical |
| 39 3 | 109 2 | alive | 179 2 | since | 249 1 | clothe |
| 40 3 | 110 2 | alright | 180 2 | sisters | 250 1 | complain |
| 41 3 | 111 2 | auscultation | 181 2 | start | 251 1 | complaint |
| 42 3 | 112 2 | bpm | 182 2 | still | 252 1 | complementary |
| 43 3 | 113 2 | brothers | 183 2 | suffer | 253 1 | consist |
| 44 3 | 114 2 | cancer | 184 2 | tap | 254 1 | containing |
| 45 3 | 115 2 | chill | 185 2 | tender | 255 1 | continue |
| 46 3 | 116 2 | come | 186 2 | thank | 256 1 | correct |
| 47 3 | 117 2 | consciousness | 187 2 | things | 257 1 | corresponding |
| 48 3 | 118 2 | consumption | 188 2 | time | 258 1 | could |
| 49 3 | 119 2 | control | 189 2 | times | 259 1 | curable |
| 50 3 | 120 2 | cut | 190 2 | tire | 260 1 | cure |
| 51 3 | 121 2 | describe | 191 2 | treat | 261 1 | deal |
| 52 3 | 122 2 | dizziness | 192 2 | understand | 262 1 | decrease |
| 53 3 | 123 2 | dizzy | 193 2 | unremarkable | 263 1 | destruction |
| 54 3 | 124 2 | especially | 194 2 | urgent | 264 1 | detect |
| 55 3 | 125 2 | ever | 195 2 | water | 265 1 | detected |
| 56 3 | 126 2 | everything | 196 2 | weak | 266 1 | diabetic |
| 57 3 | 127 2 | fainted | 197 2 | weakness | 267 1 | didn |
| 58 3 | 128 2 | finally | 198 2 | well | 268 1 | different |
| 59 3 | 129 2 | find | 199 2 | worry | 269 1 | difficult |
| 60 3 | 130 2 | fine | 200 2 | young | 270 1 | drowsy |
| 61 3 | 131 2 | finish | 201 1 | able | 271 1 | else |
| 62 3 | 132 2 | first | 202 1 | activity | 272 1 | end |
| 63 3 | 133 2 | football | 203 1 | actually | 273 1 | enough |
| 64 3 | 134 2 | found | 204 1 | address | 274 1 | entire |
| 65 3 | 135 2 | frequency | 205 1 | advise | 275 1 | episode |
| 66 3 | 136 2 | general | 206 1 | affect | 276 1 | etc |
| 67 3 | 137 2 | give | 207 1 | afraid | 277 1 | everyone |

ANNEXE 20

Wordlists des productions orales triées par cas clinique (WL Prod Orale Cas Cliniq)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|-----|---|-------------|-----|---|------------|-----|---|-------------|
| 278 | 1 | exacerbate | 326 | 1 | layes | 374 | 1 | perfect | 422 | 1 | sort |
| 279 | 1 | examine | 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 | specific |
| 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 |

Volume II
AnnexesI

Cas Clinique 9

| | | | | | | |
|--------------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|----------------|
| #Lemma Types: 510 | 68 3 | sclerosis | 138 2 | gain | 208 2 | tobacco |
| #Lemma Tokens: 840 | 69 3 | search | 139 2 | gonna | 209 2 | today |
| #Search Hits: 0 | 70 3 | see | 140 2 | got | 210 2 | toes |
| 1 6 | 71 3 | sensitivity | 141 2 | hand | 211 2 | totally |
| 2 5 | 72 3 | shoulder | 142 2 | head | 212 2 | touch |
| 3 3 | 73 3 | shrug | 143 2 | headache | 213 2 | trauma |
| 4 3 | 74 3 | since | 144 2 | headaches | 214 2 | treatment |
| 5 3 | 75 3 | smoke | 145 2 | history | 215 2 | tremor |
| 6 3 | 76 3 | something | 146 2 | inflammation | 216 2 | two |
| 7 3 | 77 3 | sorry | 147 2 | information | 217 2 | understand |
| 8 3 | 78 3 | take | 148 2 | jaw | 218 2 | ve |
| 9 3 | 79 3 | talk | 149 2 | last | 219 2 | vibrating |
| 10 3 | 80 3 | tell | 150 2 | light | 220 2 | vibration |
| 11 3 | 81 3 | test | 151 2 | limb | 221 2 | walking |
| 12 3 | 82 3 | thank | 152 2 | ll | 222 2 | want |
| 13 3 | 83 3 | times | 153 2 | long | 223 2 | weak |
| 14 3 | 84 3 | tingling | 154 2 | lost | 224 2 | wear |
| 15 3 | 85 3 | tiptoe | 155 2 | major | 225 2 | week |
| 16 3 | 86 3 | tire | 156 2 | maybe | 226 2 | wine |
| 17 3 | 87 3 | toe | 157 2 | medication | 227 2 | worry |
| 18 3 | 88 3 | token | 158 2 | mg | 228 2 | worse |
| 19 3 | 89 3 | toxic | 159 2 | migraine | 229 2 | yeah |
| 20 3 | 90 3 | use | 160 2 | motor | 230 1 | abnormal |
| 21 3 | 91 3 | vision | 161 2 | moving | 231 1 | abnormality |
| 22 3 | 92 3 | walk | 162 2 | much | 232 1 | according |
| 23 3 | 93 3 | weakness | 163 2 | muscle | 233 1 | action |
| 24 3 | 94 3 | weight | 164 2 | needle | 234 1 | activity |
| 25 3 | 95 3 | well | 165 2 | nerve | 235 1 | actual |
| 26 3 | 96 3 | yes | 166 2 | neurologic | 236 1 | actually |
| 27 3 | 97 2 | affect | 167 2 | nothing | 237 1 | affected |
| 28 3 | 98 2 | alright | 168 2 | notice | 238 1 | afraid |
| 29 3 | 99 2 | ask | 169 2 | particular | 239 1 | age |
| 30 3 | 100 2 | assess | 170 2 | per | 240 1 | ah |
| 31 3 | 101 2 | attack | 171 2 | perform | 241 1 | ahead |
| 32 3 | 102 2 | beat | 172 2 | person | 242 1 | along |
| 33 3 | 103 2 | better | 173 2 | petit | 243 1 | alterate |
| 34 3 | 104 2 | birth | 174 2 | photophobia | 244 1 | alternatively |
| 35 3 | 105 2 | blurred | 175 2 | position | 245 1 | always |
| 36 3 | 106 2 | born | 176 2 | prescribe | 246 1 | anamnese |
| 37 3 | 107 2 | bring | 177 2 | protective | 247 1 | another |
| 38 3 | 108 2 | buzzing | 178 2 | raising | 248 1 | answer |
| 39 3 | 109 2 | cardiovascular | 179 2 | really | 249 1 | antecedents |
| 40 3 | 110 2 | cigarette | 180 2 | reduce | 250 1 | anyone |
| 41 3 | 111 2 | clench | 181 2 | relieve | 251 1 | apart |
| 42 3 | 112 2 | completely | 182 2 | remember | 252 1 | arms |
| 43 3 | 113 2 | could | 183 2 | said | 253 1 | aspect |
| 44 3 | 114 2 | cranial | 184 2 | say | 254 1 | bad |
| 45 3 | 115 2 | crisis | 185 2 | seizure | 255 1 | bare |
| 46 3 | 116 2 | cure | 186 2 | sensation | 256 1 | become |
| 47 3 | 117 2 | date | 187 2 | sharp | 257 1 | begin |
| 48 3 | 118 2 | device | 188 2 | side | 258 1 | big |
| 49 3 | 119 2 | difficult | 189 2 | simple | 259 1 | blind |
| 50 3 | 120 2 | difficulty | 190 2 | skin | 260 1 | blunt |
| 51 3 | 121 2 | duty | 191 2 | smile | 261 1 | body |
| 52 3 | 122 2 | eat | 192 2 | social | 262 1 | bone |
| 53 3 | 123 2 | element | 193 2 | soft | 263 1 | bother |
| 54 3 | 124 2 | equipment | 194 2 | speaking | 264 1 | ca |
| 55 3 | 125 2 | ever | 195 2 | specific | 265 1 | called |
| 56 3 | 126 2 | every | 196 2 | spread | 266 1 | cancer |
| 57 3 | 127 2 | examine | 197 2 | stay | 267 1 | cannot |
| 58 3 | 128 2 | exposed | 198 2 | stop | 268 1 | caplet |
| 59 3 | 129 2 | exposure | 199 2 | substance | 269 1 | cause |
| 60 3 | 130 2 | eyebrow | 200 2 | sure | 270 1 | chemical |
| 61 3 | 131 2 | fatigue | 201 2 | swallowing | 271 1 | clinical |
| 62 3 | 132 2 | feeling | 202 2 | symptom | 272 1 | come |
| 63 3 | 133 2 | finger | 203 2 | things | 273 1 | composition |
| 64 3 | 134 2 | follow | 204 2 | think | 274 1 | concerning |
| 65 3 | 135 2 | fork | 205 2 | thought | 275 1 | constitutional |
| 66 3 | 136 2 | full | 206 2 | three | 276 1 | continuous |
| 67 3 | 137 2 | function | 207 2 | time | 277 1 | copy |

ANNEXE 20

Wordlists des productions orales triées par cas clinique (WL Prod Orale Cas Cliniqu)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--------------|-----|---|----------------|-----|---|-----------------|-----|---|---------------|
| 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 | kynesithérapie | 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 | 68 3 see | 138 2 listen | 208 1 carry |
| #Lemma Tokens: 671 | 69 3 sign | 139 2 maybe | 209 1 causing |
| #Search Hits: 0 | 70 3 sorry | 140 2 mcv | 210 1 certain |
| 1 6 lemma | 71 3 sound | 141 2 mean | 211 1 chance |
| 2 5 type | 72 3 start | 142 2 means | 212 1 checked |
| 3 3 abdomen | 73 3 surgery | 143 2 member | 213 1 child |
| 4 3 abnormal | 74 3 take | 144 2 mmhg | 214 1 cholesterol |
| 5 3 acute | 75 3 temperature | 145 2 must | 215 1 common |
| 6 3 allergy | 76 3 tenderness | 146 2 need | 216 1 composition |
| 7 3 anything | 77 3 thirty | 147 2 next | 217 1 concerning |
| 8 3 appendectomy | 78 3 time | 148 2 normal | 218 1 confirm |
| 9 3 appendicitis | 79 3 token | 149 2 pale | 219 1 consistent |
| 10 3 ask | 80 3 treatment | 150 2 palpate | 220 1 deal |
| 11 3 belly | 81 3 vital | 151 2 platelet | 221 1 detail |
| 12 3 better | 82 3 white | 152 2 problem | 222 1 device |
| 13 3 blood | 83 3 worry | 153 2 put | 223 1 diagnose |
| 14 3 born | 84 3 worse | 154 2 quite | 224 1 difficult |
| 15 3 breath | 85 3 worst | 155 2 really | 225 1 directly |
| 16 3 cat | 86 3 year | 156 2 remarkable | 226 1 discover |
| 17 3 cell | 87 3 yes | 157 2 remember | 227 1 disease |
| 18 3 check | 88 3 yesterday | 158 2 remove | 228 1 doc |
| 19 3 clinical | 89 2 another | 159 2 right | 229 1 done |
| 20 3 complementary | 90 2 appendicectomy | 160 2 sample | 230 1 ear |
| 21 3 count | 91 2 auscultation | 161 2 shirt | 231 1 easily |
| 22 3 d | 92 2 back | 162 2 since | 232 1 eat |
| 23 3 doctor | 93 2 bad | 163 2 skin | 233 1 ecr |
| 24 3 exam | 94 2 beat | 164 2 something | 234 1 eighty |
| 25 3 family | 95 2 birth | 165 2 son | 235 1 energy |
| 26 3 feel | 96 2 bite | 166 2 suffer | 236 1 etc |
| 27 3 food | 97 2 body | 167 2 sure | 237 1 ever |
| 28 3 full | 98 2 bring | 168 2 system | 238 1 everything |
| 29 3 going | 99 2 called | 169 2 tap | 239 1 examine |
| 30 3 good | 100 2 cause | 170 2 tell | 240 1 examine |
| 31 3 hear | 101 2 closest | 171 2 thank | 241 1 explication |
| 32 3 hello | 102 2 come | 172 2 thanks | 242 1 fast |
| 33 3 hit | 103 2 constant | 173 2 think | 243 1 feverish |
| 34 3 important | 104 2 corpuscular | 174 2 thrombocyte | 244 1 final |
| 35 3 know | 105 2 couch | 175 2 today | 245 1 find |
| 36 3 little | 106 2 could | 176 2 told | 246 1 first |
| 37 3 live | 107 2 date | 177 2 volume | 247 1 flat |
| 38 3 m | 108 2 day | 178 2 well | 248 1 found |
| 39 3 make | 109 2 describe | 179 2 without | 249 1 frieger |
| 40 3 medication | 110 2 diagnosis | 180 1 afraid | 250 1 fur |
| 41 3 minute | 111 2 else | 181 1 afternoon | 251 1 gastro |
| 42 3 mom | 112 2 erythrocyte | 182 1 age | 252 1 gastrointestinal |
| 43 3 morning | 113 2 esr | 183 1 agree | 253 1 general |
| 44 3 name | 114 2 evening | 184 1 allergic | 254 1 glycaemia |
| 45 3 ninety | 115 2 exacerbate | 185 1 along | 255 1 graduate |
| 46 3 nothing | 116 2 explain | 186 1 also | 256 1 grass |
| 47 3 ok | 117 2 fbc | 187 1 always | 257 1 grow |
| 48 3 old | 118 2 fever | 188 1 anaesthetist | 258 1 hard |
| 49 3 one | 119 2 finally | 189 1 anymore | 259 1 heart |
| 50 3 pain | 120 2 fine | 190 1 appear | 260 1 help |
| 51 3 palpation | 121 2 give | 191 1 appendicis | 261 1 hida |
| 52 3 part | 122 2 go | 192 1 appendix | 262 1 higher |
| 53 3 per | 123 2 happen | 193 1 arm | 263 1 hospitalization |
| 54 3 percussion | 124 2 hematocrit | 194 1 asthma | 264 1 hospitalized |
| 55 3 please | 125 2 hemoglobin | 195 1 auscult | 265 1 hour |
| 56 3 position | 126 2 high | 196 1 bacterium | 266 1 hundred |
| 57 3 pressure | 127 2 home | 197 1 begin | 267 1 identity |
| 58 3 pulse | 128 2 hospital | 198 1 bend | 268 1 immediately |
| 59 3 r | 129 2 hurt | 199 1 blocking | 269 1 immune |
| 60 3 rash | 130 2 inflammation | 200 1 bocquillon | 270 1 incision |
| 61 3 rate | 131 2 information | 201 1 bottom | 271 1 infect |
| 62 3 re | 132 2 inspect | 202 1 bowel | 272 1 inflamed |
| 63 3 reaction | 133 2 inspection | 203 1 breathe | 273 1 inflame |
| 64 3 relieve | 134 2 kin | 204 1 c | 274 1 inflamed |
| 65 3 respiratory | 135 2 last | 205 1 calculate | 275 1 intense |
| 66 3 result | 136 2 leukocyte | 206 1 call | 276 1 intensive |
| 67 3 search | 137 2 like | 207 1 cameron | 277 1 intestinal |

ANNEXE 20

Wordlists des productions orales triées par cas clinique (WL Prod Orale Cas Cliniq)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|-------------|-----|---|--------------|-----|---|---------------|-----|---|--------------|
| 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 | | | |

Volume II
AnnexesI

Cas Clinique 11

| | | | |
|---------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
| #Lemma Types: 372 | 69 2 ask | 140 1 actually | 211 1 examine |
| #Lemma Tokens: 573 | 70 2 boston | 141 1 allergy | 212 1 examination |
| #Search Hits: 0 | 71 2 bring | 142 1 alright | 213 1 example |
| 1 6 lemma | 72 2 cancer | 143 1 another | 214 1 explain |
| 2 3 appetite | 73 2 cardiovascular | 144 1 anyone | 215 1 exposed |
| 3 3 bad | 74 2 cell | 145 1 anything | 216 1 exposition |
| 4 3 birth | 75 2 change | 146 1 appointment | 217 1 fainted |
| 5 3 blood | 76 2 colour | 147 1 assume | 218 1 fall |
| 6 3 born | 77 2 come | 148 1 attack | 219 1 fbc |
| 7 3 check | 78 2 complementary | 149 1 back | 220 1 feel |
| 8 3 count | 79 2 could | 150 1 beat | 221 1 female |
| 9 3 d | 80 2 death | 151 1 belly | 222 1 fever |
| 10 3 date | 81 2 diabetes | 152 1 better | 223 1 find |
| 11 3 day | 82 2 didn | 153 1 big | 224 1 finished |
| 12 3 diarrhea | 83 2 eat | 154 1 bite | 225 1 functioning |
| 13 3 diet | 84 2 empty | 155 1 black | 226 1 gastro |
| 14 3 disease | 85 2 exam | 156 1 body | 227 1 general |
| 15 3 eighty | 86 2 father | 157 1 bone | 228 1 gland |
| 16 3 every | 87 2 fatigue | 158 1 bowel | 229 1 good |
| 17 3 family | 88 2 feeling | 159 1 bowels | 230 1 got |
| 18 3 fasting | 89 2 fine | 160 1 brain | 231 1 guess |
| 19 3 glycaemia | 90 2 first | 161 1 breath | 232 1 habit |
| 20 3 hello | 91 2 full | 162 1 c | 233 1 happening |
| 21 3 history | 92 2 gastrointestinal | 163 1 call | 234 1 haven |
| 22 3 hit | 93 2 genetics | 164 1 called | 235 1 hdl |
| 23 3 hundred | 94 2 give | 165 1 carado | 236 1 hi |
| 24 3 hypothyroidism | 95 2 go | 166 1 careful | 237 1 high |
| 25 3 important | 96 2 going | 167 1 case | 238 1 hope |
| 26 3 levothyrox | 97 2 health | 168 1 cause | 239 1 id |
| 27 3 life | 98 2 heart | 169 1 celsius | 240 1 ill |
| 28 3 lipids | 99 2 hormone | 170 1 chair | 241 1 information |
| 29 3 married | 100 2 know | 171 1 chappe | 242 1 job |
| 30 3 medication | 101 2 level | 172 1 chetouh | 243 1 jut |
| 31 3 mouth | 102 2 like | 173 1 cholesterol | 244 1 keep |
| 32 3 name | 103 2 lose | 174 1 chronic | 245 1 kg |
| 33 3 nausea | 104 2 loss | 175 1 complicate | 246 1 kilo |
| 34 3 normal | 105 2 lost | 176 1 constipated | 247 1 laboratory |
| 35 3 ok | 106 2 lot | 177 1 constipation | 248 1 last |
| 36 3 old | 107 2 low | 178 1 consultation | 249 1 less |
| 37 3 one | 108 2 m | 179 1 correct | 250 1 let |
| 38 3 pain | 109 2 mother | 180 1 course | 251 1 leucocyte |
| 39 3 per | 110 2 mrs | 181 1 cure | 252 1 lhl |
| 40 3 pill | 111 2 need | 182 1 deal | 253 1 lifestyle |
| 41 3 please | 112 2 particularly | 183 1 december | 254 1 linked |
| 42 3 prescribe | 113 2 place | 184 1 decision | 255 1 lipid |
| 43 3 pressure | 114 2 precise | 185 1 degree | 256 1 little |
| 44 3 problem | 115 2 question | 186 1 delivered | 257 1 ll |
| 45 3 pulse | 116 2 roll | 187 1 diabetic | 258 1 make |
| 46 3 rate | 117 2 runs | 188 1 diagnosis | 259 1 many |
| 47 3 re | 118 2 sample | 189 1 die | 260 1 maths |
| 48 3 respiratory | 119 2 seem | 190 1 different | 261 1 may |
| 49 3 result | 120 2 single | 191 1 difficulty | 262 1 maybe |
| 50 3 search | 121 2 sleep | 192 1 directly | 263 1 meal |
| 51 3 see | 122 2 sleeve | 193 1 disappear | 264 1 means |
| 52 3 sign | 123 2 something | 194 1 doctor | 265 1 measure |
| 53 3 specific | 124 2 stomach | 195 1 doesn | 266 1 medical |
| 54 3 stool | 125 2 swelling | 196 1 easy | 267 1 mercury |
| 55 3 take | 126 2 symptom | 197 1 eating | 268 1 metabolism |
| 56 3 temperature | 127 2 tell | 198 1 effect | 269 1 michon |
| 57 3 think | 128 2 test | 199 1 eighteen | 270 1 millimeter |
| 58 3 thyroid | 129 2 thanks | 200 1 elbow | 271 1 minute |
| 59 3 token | 130 2 things | 201 1 electrolyte | 272 1 miss |
| 60 3 type | 131 2 today | 202 1 else | 273 1 moinet |
| 61 3 vital | 132 2 treat | 203 1 enough | 274 1 mom |
| 62 3 weight | 133 2 treatment | 204 1 entire | 275 1 moment |
| 63 3 yes | 134 2 vomit | 205 1 erythrocyte | 276 1 month |
| 64 2 abdomen | 135 2 would | 206 1 especially | 277 1 movement |
| 65 2 age | 136 1 ab | 207 1 estimate | 278 1 much |
| 66 2 along | 137 1 abdominal | 208 1 even | 279 1 mureault |
| 67 2 also | 138 1 according | 209 1 everytime | 280 1 nationality |
| 68 2 american | 139 1 activity | 210 1 evolution | 281 1 nauseous |

ANNEXE 20

Wordlists des productions orales triées par cas clinique (WL Prod Orale Cas Cliniq)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|----------------|-----|---|--------------|-----|---|-------------|-----|---|--------------|
| 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 | 68 3 | pressure | 138 2 | home | 208 1 | auscult |
| #Lemma Tokens: 749 | 69 3 | problem | 139 2 | hospital | 209 1 | avoid |
| #Search Hits: 0 | 70 3 | pulmonary | 140 2 | hours | 210 1 | base |
| 1 6 | 71 3 | pulse | 141 2 | hundred | 211 1 | big |
| 2 4 | 72 3 | rate | 142 2 | idea | 212 1 | binet |
| 3 3 | 73 3 | re | 143 2 | increasing | 213 1 | body |
| 4 3 | 74 3 | respiratory | 144 2 | inspection | 214 1 | breathe |
| 5 3 | 75 3 | result | 145 2 | isn | 215 1 | breathlessness |
| 6 3 | 76 3 | scan | 146 2 | let | 216 1 | brother |
| 7 3 | 77 3 | search | 147 2 | listen | 217 1 | brothers |
| 8 3 | 78 3 | seventy | 148 2 | live | 218 1 | c |
| 9 3 | 79 3 | sign | 149 2 | long | 219 1 | call |
| 10 3 | 80 3 | something | 150 2 | many | 220 1 | calm |
| 11 3 | 81 3 | sorry | 151 2 | maybe | 221 1 | cardiac |
| 12 3 | 82 3 | sound | 152 2 | mean | 222 1 | cardiovascular |
| 13 3 | 83 3 | specific | 153 2 | minute | 223 1 | character |
| 14 3 | 84 3 | start | 154 2 | moment | 224 1 | choice |
| 15 3 | 85 3 | stocking | 155 2 | mother | 225 1 | circumscribe |
| 16 3 | 86 3 | symptom | 156 2 | old | 226 1 | circulate |
| 17 3 | 87 3 | take | 157 2 | order | 227 1 | clear |
| 18 3 | 88 3 | tell | 158 2 | palpation | 228 1 | clog |
| 19 3 | 89 3 | temperature | 159 2 | parent | 229 1 | cloth |
| 20 3 | 90 3 | thirty | 160 2 | percussion | 230 1 | clothe |
| 21 3 | 91 3 | time | 161 2 | physical | 231 1 | coagulate |
| 22 3 | 92 3 | today | 162 2 | prescribe | 232 1 | composition |
| 23 3 | 93 3 | token | 163 2 | pretty | 233 1 | comprehension |
| 24 3 | 94 3 | treat | 164 2 | quite | 234 1 | compress |
| 25 3 | 95 3 | treatment | 165 2 | r | 235 1 | concerning |
| 26 3 | 96 3 | vital | 166 2 | really | 236 1 | confirm |
| 27 3 | 97 3 | wear | 167 2 | received | 237 1 | considering |
| 28 3 | 98 3 | worry | 168 2 | relieve | 238 1 | constrictive |
| 29 3 | 99 3 | would | 169 2 | repeat | 239 1 | consultation |
| 30 3 | 100 3 | yes | 170 2 | respiration | 240 1 | continue |
| 31 3 | 101 2 | abnormal | 171 2 | right | 241 1 | cope |
| 32 3 | 102 2 | acute | 172 2 | runs | 242 1 | correct |
| 33 3 | 103 2 | ago | 173 2 | said | 243 1 | couch |
| 34 3 | 104 2 | along | 174 2 | say | 244 1 | count |
| 35 3 | 105 2 | also | 175 2 | see | 245 1 | country |
| 36 3 | 106 2 | always | 176 2 | seem | 246 1 | course |
| 37 3 | 107 2 | anticoagulant | 177 2 | shortness | 247 1 | crackle |
| 38 3 | 108 2 | beat | 178 2 | sibling | 248 1 | create |
| 39 3 | 109 2 | begin | 179 2 | since | 249 1 | cure |
| 40 3 | 110 2 | better | 180 2 | single | 250 1 | cyclic |
| 41 3 | 111 2 | cancer | 181 2 | stabbing | 251 1 | day |
| 42 3 | 112 2 | cell | 182 2 | stay | 252 1 | death |
| 43 3 | 113 2 | checked | 183 2 | system | 253 1 | detail |
| 44 3 | 114 2 | circulation | 184 2 | tap | 254 1 | detect |
| 45 3 | 115 2 | clinical | 185 2 | test | 255 1 | detected |
| 46 3 | 116 2 | come | 186 2 | thank | 256 1 | diagnose |
| 47 3 | 117 2 | coming | 187 2 | think | 257 1 | diagnosis |
| 48 3 | 118 2 | complementary | 188 2 | told | 258 1 | disappear |
| 49 3 | 119 2 | constant | 189 2 | treated | 259 1 | doctor |
| 50 3 | 120 2 | could | 190 2 | trigger | 260 1 | doesn |
| 51 3 | 121 2 | describe | 191 2 | ve | 261 1 | dr |
| 52 3 | 122 2 | didn | 192 2 | ventolin | 262 1 | electrocardiogram |
| 53 3 | 123 2 | die | 193 2 | well | 263 1 | emboly |
| 54 3 | 124 2 | difficulty | 194 2 | work | 264 1 | emergency |
| 55 3 | 125 2 | draw | 195 2 | worse | 265 1 | enough |
| 56 3 | 126 2 | dyspnea | 196 1 | affect | 266 1 | er |
| 57 3 | 127 2 | early | 197 1 | agree | 267 1 | even |
| 58 3 | 128 2 | explain | 198 1 | alive | 268 1 | eventually |
| 59 3 | 129 2 | fine | 199 1 | allow | 269 1 | ever |
| 60 3 | 130 2 | flight | 200 1 | almost | 270 1 | every |
| 61 3 | 131 2 | follow | 201 1 | alright | 271 1 | exacerbate |
| 62 3 | 132 2 | give | 202 1 | anxiety | 272 1 | examine |
| 63 3 | 133 2 | got | 203 1 | approximately | 273 1 | examination |
| 64 3 | 134 2 | hamburg | 204 1 | arm | 274 1 | example |
| 65 3 | 135 2 | happen | 205 1 | arrive | 275 1 | excru |
| 66 3 | 136 2 | heart | 206 1 | artery | 276 1 | excruciating |
| 67 3 | 137 2 | help | 207 1 | associate | 277 1 | fact |

ANNEXE 20

Wordlists des productions orales triées par cas clinique (WL Prod Orale Cas Cliniq)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---------------|-----|---|-------------|-----|---|--------------|-----|---|--------------|
| 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 | specific |
| 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 | intravenous | 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 | 68 3 old | 138 2 catch | 208 2 tight |
| #Lemma Tokens: 806 | 69 3 one | 139 2 cause | 209 2 tobacco |
| #Search Hits: 0 | 70 3 per | 140 2 chill | 210 2 today |
| 1 6 lemma | 71 3 please | 141 2 clot | 211 2 told |
| 2 5 type | 72 3 pressure | 142 2 come | 212 2 trauma |
| 3 3 alcohol | 73 3 problem | 143 2 death | 213 2 use |
| 4 3 anticoagulant | 74 3 puff | 144 2 doesn | 214 2 ve |
| 5 3 arms | 75 3 pulse | 145 2 drive | 215 2 vertigo |
| 6 3 artery | 76 3 put | 146 2 eat | 216 2 walking |
| 7 3 ask | 77 3 question | 147 2 everything | 217 2 want |
| 8 3 attack | 78 3 rate | 148 2 examination | 218 2 week |
| 9 3 bare | 79 3 re | 149 2 example | 219 2 whisky |
| 10 3 blood | 80 3 really | 150 2 eyebrow | 220 2 wife |
| 11 3 born | 81 3 respiratory | 151 2 face | 221 2 without |
| 12 3 carotid | 82 3 result | 152 2 facial | 222 2 work |
| 13 3 change | 83 3 scan | 153 2 father | 223 2 worse |
| 14 3 check | 84 3 search | 154 2 feeling | 224 1 accessory |
| 15 3 cheek | 85 3 sense | 155 2 fine | 225 1 according |
| 16 3 cigarette | 86 3 shoulder | 156 2 flow | 226 1 across |
| 17 3 close | 87 3 side | 157 2 fluid | 227 1 afternoon |
| 18 3 complementary | 88 3 sign | 158 2 follow | 228 1 along |
| 19 3 could | 89 3 since | 159 2 glass | 229 1 also |
| 20 3 cranial | 90 3 smell | 160 2 got | 230 1 anyone |
| 21 3 d | 91 3 smoke | 161 2 head | 231 1 appetite |
| 22 3 day | 92 3 smoker | 162 2 help | 232 1 appointment |
| 23 3 diagnosis | 93 3 smoking | 163 2 high | 233 1 around |
| 24 3 difficulty | 94 3 spanish | 164 2 history | 234 1 aspirin |
| 25 3 disease | 95 3 speaking | 165 2 illness | 235 1 ay |
| 26 3 drink | 96 3 start | 166 2 image | 236 1 balance |
| 27 3 drug | 97 3 stick | 167 2 job | 237 1 begin |
| 28 3 eighty | 98 3 stop | 168 2 little | 238 1 beginning |
| 29 3 ever | 99 3 stroke | 169 2 look | 239 1 behind |
| 30 3 every | 100 3 sure | 170 2 lot | 240 1 birth |
| 31 3 exam | 101 3 take | 171 2 madrid | 241 1 block |
| 32 3 eye | 102 3 tell | 172 2 man | 242 1 blockage |
| 33 3 family | 103 3 temperature | 173 2 mental | 243 1 bowels |
| 34 3 feel | 104 3 test | 174 2 minute | 244 1 breakfast |
| 35 3 feet | 105 3 therapy | 175 2 mother | 245 1 breathe |
| 36 3 fifty | 106 3 think | 176 2 mouth | 246 1 brother |
| 37 3 first | 107 3 tingling | 177 2 move | 247 1 brothers |
| 38 3 gait | 108 3 tiptoe | 178 2 movement | 248 1 bruising |
| 39 3 give | 109 3 toe | 179 2 muscle | 249 1 called |
| 40 3 go | 110 3 together | 180 2 neck | 250 1 car |
| 41 3 going | 111 3 token | 181 2 odour | 251 1 case |
| 42 3 gonna | 112 3 tongue | 182 2 often | 252 1 chart |
| 43 3 good | 113 3 tooth | 183 2 open | 253 1 cigar |
| 44 3 habit | 114 3 transient | 184 2 order | 254 1 clench |
| 45 3 happen | 115 3 treatment | 185 2 pain | 255 1 coagulation |
| 46 3 heel | 116 3 vital | 186 2 perfect | 256 1 colleague |
| 47 3 hello | 117 3 walk | 187 2 prescribe | 257 1 command |
| 48 3 hit | 118 3 weak | 188 2 prevent | 258 1 consequence |
| 49 3 ischemic | 119 3 would | 189 2 push | 259 1 consigny |
| 50 3 jut | 120 3 year | 190 2 raise | 260 1 consistent |
| 51 3 know | 121 3 yes | 191 2 recently | 261 1 consultation |
| 52 3 left | 122 2 age | 192 2 right | 262 1 continue |
| 53 3 let | 123 2 alright | 193 2 risk | 263 1 conversation |
| 54 3 lifestyle | 124 2 another | 194 2 roll | 264 1 course |
| 55 3 like | 125 2 anything | 195 2 room | 265 1 create |
| 56 3 m | 126 2 arm | 196 2 runs | 266 1 cva |
| 57 3 make | 127 2 assess | 197 2 said | 267 1 dangerous |
| 58 3 many | 128 2 beat | 198 2 see | 268 1 date |
| 59 3 married | 129 2 better | 199 2 show | 269 1 deal |
| 60 3 maybe | 130 2 bite | 200 2 shrug | 270 1 detail |
| 61 3 name | 131 2 body | 201 2 something | 271 1 diagnose |
| 62 3 need | 132 2 brain | 202 2 sometimes | 272 1 die |
| 63 3 nerve | 133 2 breath | 203 2 sorry | 273 1 different |
| 64 3 nothing | 134 2 bring | 204 2 stand | 274 1 done |
| 65 3 notice | 135 2 cancer | 205 2 stay | 275 1 drinking |
| 66 3 numbness | 136 2 cannot | 206 2 swinging | 276 1 drouin |
| 67 3 ok | 137 2 cardiovascular | 207 2 things | 277 1 drowsy |

ANNEXE 20

Wordlists des productions orales triées par cas clinique (WL Prod Orale Cas Cliniq)

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|------------|-----|---|----------------|-----|---|-------------|-----|---|--------------|
| 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 – 2^{ème} passage (WL Prod Orale Éval +)

| | | | |
|---------------------|---------------------|-------------------|----------------------|
| #Lemma Types: 351 | 63 4 describe | 128 2 big | 193 1 around |
| #Lemma Tokens: 1521 | 64 4 feverish | 129 2 body | 194 1 bad |
| #Search Hits: 0 | 65 4 going | 130 2 bowel | 195 1 begin |
| 1 339 d | 66 4 help | 131 2 children | 196 1 benet |
| 2 156 ok | 67 4 kind | 132 2 cigarette | 197 1 bite |
| 3 57 pain | 68 4 life | 133 2 concerning | 198 1 cancer |
| 4 24 ever | 69 4 lot | 134 2 condition | 199 1 cardiovascular |
| 5 15 feel | 70 4 make | 135 2 difficulty | 200 1 cause |
| 6 15 history | 71 4 never | 136 2 eating | 201 1 certain |
| 7 15 yes | 72 4 night | 137 2 else | 202 1 chemical |
| 8 14 symptom | 73 4 problem | 138 2 everyday | 203 1 chill |
| 9 13 anything | 74 4 scale | 139 2 example | 204 1 cold |
| 10 13 like | 75 4 sorry | 140 2 fever | 205 1 condom |
| 11 13 please | 76 4 special | 141 2 glass | 206 1 const |
| 12 13 start | 77 4 state | 142 2 good | 207 1 cut |
| 13 12 disease | 78 4 sudden | 143 2 increase | 208 1 daily |
| 14 12 medical | 79 4 tire | 144 2 living | 209 1 dark |
| 15 11 family | 80 4 travel | 145 2 lose | 210 1 dead |
| 16 11 medication | 81 3 abroad | 146 2 mean | 211 1 diabetes |
| 17 10 drink | 82 3 afternoon | 147 2 month | 212 1 doctor |
| 18 10 past | 83 3 ago | 148 2 move | 213 1 done |
| 19 10 right | 84 3 alive | 149 2 moving | 214 1 eaten |
| 20 10 something | 85 3 arm | 150 2 music | 215 1 enfin |
| 21 10 take | 86 3 burning | 151 2 nausea | 216 1 english |
| 22 10 time | 87 3 chronic | 152 2 occur | 217 1 evaluate |
| 23 9 go | 88 3 constant | 153 2 painkiller | 218 1 evening |
| 24 9 hello | 89 3 continuous | 154 2 pass | 219 1 every |
| 25 9 name | 90 3 date | 155 2 question | 220 1 exactly |
| 26 8 m | 91 3 diarrhea | 156 2 running | 221 1 excruciating |
| 27 8 needle | 92 3 diet | 157 2 seat | 222 1 explain |
| 28 8 pin | 93 3 drug | 158 2 see | 223 1 exposed |
| 29 8 today | 94 3 eat | 159 2 sick | 224 1 fact |
| 30 7 bring | 95 3 feeling | 160 2 side | 225 1 fainting |
| 31 7 know | 96 3 gradually | 161 2 smoking | 226 1 father |
| 32 7 old | 97 3 happen | 162 2 still | 227 1 five |
| 33 7 re | 98 3 hurt | 163 2 stomach | 228 1 food |
| 34 7 relieve | 99 3 left | 164 2 stomachache | 229 1 forget |
| 35 7 smoke | 100 3 leg | 165 2 stool | 230 1 free |
| 36 7 well | 101 3 major | 166 2 suddenly | 231 1 frequent |
| 37 6 back | 102 3 oh | 167 2 suffer | 232 1 generally |
| 38 6 come | 103 3 one | 168 2 taken | 233 1 gluten |
| 39 6 day | 104 3 position | 169 2 talk | 234 1 guess |
| 40 6 first | 105 3 present | 170 2 teacher | 235 1 headaches |
| 41 6 hospitalized | 106 3 really | 171 2 things | 236 1 hiv |
| 42 6 job | 107 3 relieving | 172 2 think | 237 1 hold |
| 43 6 long | 108 3 remind | 173 2 throbbing | 238 1 hospital |
| 44 6 many | 109 3 say | 174 2 try | 239 1 illness |
| 45 6 notice | 110 3 sensation | 175 2 understand | 240 1 increased |
| 46 6 recently | 111 3 stop | 176 2 unsafe | 241 1 intensity |
| 47 6 since | 112 3 temperature | 177 2 wake | 242 1 intercourse |
| 48 6 tell | 113 3 toilet | 178 2 week | 243 1 k |
| 49 5 alcohol | 114 3 treatment | 179 2 weeks | 244 1 kilo |
| 50 5 could | 115 3 vaccine | 180 2 working | 245 1 l |
| 51 5 didn | 116 3 water | 181 2 would | 246 1 last |
| 52 5 dr | 117 3 worse | 182 1 abdomen | 247 1 lifestyle |
| 53 5 much | 118 2 accord | 183 1 abdominal | 248 1 limb |
| 54 5 nothing | 119 2 affect | 184 1 activity | 249 1 little |
| 55 5 operate | 120 2 age | 185 1 acute | 250 1 located |
| 56 5 parent | 121 2 along | 186 1 addition | 251 1 lost |
| 57 5 radiate | 122 2 already | 187 1 also | 252 1 lower |
| 58 5 sex | 123 2 always | 188 1 anal | 253 1 man |
| 59 5 yesterday | 124 2 anywhere | 189 1 another | 254 1 married |
| 60 4 allergy | 125 2 apart | 190 1 anybody | 255 1 maybe |
| 61 4 ask | 126 2 appetite | 191 1 anyone | 256 1 meat |
| 62 4 better | 127 2 approximately | 192 1 appear | 257 1 middle |

Volume II
Annexes

| | | | | | | | | | | | |
|-----|---|------------|-----|---|-------------|-----|---|-----------|-----|---|------------|
| 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 | | | 64 | 1 | medical |
| #Lemma Tokens: 136 | | | 65 | 1 | muscle |
| #Search Hits: 0 | | | 66 | 1 | myalgia |
| 1 | 9 | p | 67 | 1 | nagging |
| 2 | 7 | d | 68 | 1 | navel |
| 3 | 3 | bp | 69 | 1 | numbness |
| 4 | 3 | one | 70 | 1 | odd |
| 5 | 3 | pain | 71 | 1 | otc |
| 6 | 3 | rr | 72 | 1 | pack |
| 7 | 2 | answer | 73 | 1 | paresthesia |
| 8 | 2 | breath | 74 | 1 | part |
| 9 | 2 | column | 75 | 1 | patient |
| 10 | 2 | eighty | 76 | 1 | pressure |
| 11 | 2 | find | 77 | 1 | rate |
| 12 | 2 | hand | 78 | 1 | read |
| 13 | 2 | measurement | 79 | 1 | really |
| 14 | 2 | question | 80 | 1 | recover |
| 15 | 2 | sixty | 81 | 1 | relapse |
| 16 | 2 | unit | 82 | 1 | right |
| 17 | 2 | word | 83 | 1 | sharp |
| 18 | 1 | aching | 84 | 1 | shortness |
| 19 | 1 | acronym | 85 | 1 | sign |
| 20 | 1 | almost | 86 | 1 | sixteen |
| 21 | 1 | arm | 87 | 1 | sole |
| 22 | 1 | b | 88 | 1 | spleen |
| 23 | 1 | bad | 89 | 1 | stabbing |
| 24 | 1 | better | 90 | 1 | sti |
| 25 | 1 | bleeding | 91 | 1 | sugar |
| 26 | 1 | body | 92 | 1 | swelling |
| 27 | 1 | c | 93 | 1 | take |
| 28 | 1 | calf | 94 | 1 | term |
| 29 | 1 | chin | 95 | 1 | throbbing |
| 30 | 1 | clot | 96 | 1 | torso |
| 31 | 1 | connect | 97 | 1 | transplant |
| 32 | 1 | correct | 98 | 1 | two |
| 33 | 1 | cough | 99 | 1 | use |
| 34 | 1 | day | 100 | 1 | user |
| 35 | 1 | deep | 101 | 1 | vital |
| 36 | 1 | definition | 102 | 1 | way |
| 37 | 1 | dialogue | 103 | 1 | year |
| 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 | | | |

